

# ŻYCIE Z RAKIEM

*praktyczny poradnik*









# ŻYCIE Z RAKIEM

*Praktyczny poradnik*

Praca zbiorowa

Redakcja językowa: Aleksandra Bobrowska

Skład: Aleksandra Tulibacka, OH! Studio

Ilustracje: Aleksandra Tulibacka

Fundacja „Światło”

ul. Grunwaldzka 64

87-100 Toruń

tel. 56 651 12 17

e-mail: fundacja@swiatlo.org

www.swiatlo.org

Wydawca: Fundacja „Światło”

Toruń 2024

ISBN: 978-83-932526-2-6

Copyright © Fundacja „Światło”. Wszystkie prawa zastrzeżone

Copyright ilustracji © Aleksandra Tulibacka

Książka ani jej część nie mogą być przedrukowywane ani w żaden sposób reprodukowane lub odczytywane w środkach masowego przekazu bez pisemnej zgody Fundacji „Światło”.

SŁOWO WSTĘPNE	7
DIAGNOZA	
Wsparcie psychologiczne na etapie diagnostyki <i>Elwira Zakrzewska</i>	12
Zdrowie psychiczne w obliczu choroby nowotworowej <i>Magdalena Smorowska</i>	21
Prehabilitacja żywieniowa <i>Martyna Cichoń</i>	30
Rehabilitacja poprzedzająca zabieg mastektomii <i>Agata Andrzejczak-Skrzypczak</i>	34
Pomoc socjalna w chorobie nowotworowej <i>Grażyna Durbacz</i>	37
Życie z rakiem. Doświadczenia i spostrzeżenia lekarza onkologa <i>Mieszko Białas</i>	50
LECZENIE	
Leczenie żywieniowe w trakcie leczenia onkologicznego <i>Martyna Cichoń</i>	66
Kosmetologia w onkologii <i>Dorota Rybarczyk</i>	71
Seksualność w chorobie nowotworowej <i>Dominika Perszke</i>	84
Jak być przyjacielem chorego przyjaciela <i>Magdalena Smorowska</i>	91
PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU	
Żywnienie po zakończeniu leczenia <i>Martyna Cichoń</i>	102
Rehabilitacja po operacji nowotworu piersi <i>Agata Andrzejczak-Skrzypczak</i>	105
Pielęgnacja po zakończonym leczeniu <i>Dorota Rybarczyk</i>	122
Powrót do normalności – perspektywa bliskich <i>Magdalena Smorowska</i>	128
O AUTORACH	132



# Słowo wstępne

*prof. dr hab. Józef Binnebesel*

Wstęp do książki stanowi swoiste wprowadzenie i zachęcenie czytelnika do lektury. Niniejsza publikacja nie potrzebuje klasycznego wprowadzenia z co najmniej dwóch powodów. Pierwszy z nich to autorzy tekstów oraz inicjator ich wydania. W tym wypadku każde słowo wyjaśnienia i charakterystyki wydaje się banalne, nieujmujące istoty rzeczy. Można stwierdzić dość lakonicznie, a jednak dobitnie, że w książce tej głos zabrali fachowcy – osoby, które, omawiając kwestie poruszane w poszczególnych rozdziałach, wiedzą, co piszą, i to nie tylko jako teoretycy, lecz może przede wszystkim jako PRAKTYCY. Drugi powód to czytelnicy, dla których ten poradnik powstał. Są to osoby świadome problemów związanych z opieką i rehabilitacją pacjentów, podopiecznych, bliskich z chorobą nowotworową. Właśnie ta świadomość każe im poszukiwać wiedzy i zadawać pytania na temat sprawowanej przez nich opieki, a niniejsza publikacja stanowi element ich drogi, etap poszukiwań i źródło odpowiedzi na przynajmniej niektóre pytania i wątpliwości. Dlatego we wstępie, zamiast analizować naukowy aspekt i wartość niniejszego przewodnika, pragnę pochylić się nad swoistym metajęzykiem tej pracy, który pozwala uchwycić to, co niewidoczne w treści, a co stanowi jej klucz. Struktura pracy obejmuje klasyczny merytoryczny podział na poszczególne zagadnienia istotne dla tematu, jednak gdy pochylimy się nad wspomnianą metasferą, dostrzeżemy trzy języki wyrażające przyczynę powstania, obraz i istotę owej monografii.

Język pierwszy to język typu „o” który mówi o chorobie, o rehabilitacji. To język nauki przedstawiający to, co współczesna nauka mówi

o problemie. Język „o” to też język refleksji nad złożonością zagadnienia, zarazem podający fakty w sposób zimny, bez emocji.

Język drugi to język typu „z”. Jest to język tworzony z chorym i jego bliskimi. Język „z” to język emocji, wyraz pochylenia się nad osobą, jej potrzebami, bólem i cierpieniami. Gdzie patrzy się w oczy, słucha się słów, czuje się dotyk.

Trzeci język to język **imperatywu działania**, który wyraża konieczność aktywności, działania, a nie tylko mówienia i pisania o chorobie, o rehabilitacji, o opiece i pomocy. To swoiste wezwanie do tego, by wstać i iść, działać, tak by język „z” nie pozostał tylko emocjonalizmem. Ów język imperatywu to język zadania, które trzeba sobie postawić, zadania, które jest wyzwaniem i szukaniem odpowiedzi. Jego użycie ma sens tylko, jeśli jest zwieńczeniem dwóch wcześniejszych języków: języka nauki, wiedzy i kompetencji merytorycznych oraz języka emocji, empatii i pochylenia się. Każdy język z osobna będzie tylko sztuką dla sztuki. To z jednej strony zimne opasłe podręczniki, w których pacjent ginie z pola widzenia, a lekarz leczy chorobę, nie człowieka, zaś z drugiej strony – emocje i bezsilność wobec ogromu cierpienia, prowadzące do bezradności, strachu, buntu i wypalenia. W języku imperatywu, który łączy wiedzę z pochyleniem się nad każdym jako indywidualnością, nad pięknem każdego z nas, można znaleźć sens i siłę, by nieść pomoc. Wówczas nadzieja nie jest już jedynie pobożnym życzeniem i oszustwem, ale staje się kompetentnym, zbudowanym na merytorycznej wiedzy i dążeniu do prawdy oparciem, staje się procesem i drogą do odkrywania siebie.

Podręcznik ten został napisany właśnie owym językiem imperatywu. Stanowi z jednej strony rezultat fachowej wiedzy autorów i ich kompetencji merytorycznych, z drugiej zapis pochylenia się, wsłuchania w słowa pacjentów ich bliskich, spojrzenia w ich oczy i poczucia ich obecności. W książce tej jak rzadko wybrzmiewają owe różne metajęzyki zespalające narrację w naukową i praktyczną całość.

Niech podsumowaniem tych kilku refleksji będą słowa Rabiego Nachmana i niech one – w języku imperatywu – posłużą za drogowskaz i wytyczną.



Radość to wielkie lekarstwo. Chodzi o to, żeby znaleźć w sobie jedną jedyną dobrą cechę, która nas napełnia radością, i przywiązać się do niej.

Radość jest tworzeniem przestrzeni, w której słowo może się przejawić, zaistnieć...

Tak, jak wybuch śmiechu jest wtargnięciem w przestrzeń dźwięku, który odbija się w niej coraz szerszym echem, podobnie cechą radości jest zdolność wyrażania samego siebie, wypowiedania się w celu zerwania łańcucha zamykającego w kręgu gotowych słów i myśli.

Radość jest zdolnością człowieka do ciągłego odradzania się.

Radość to taniec dający człowiekowi siłę do przerwania jednego ogniwa łańcucha, radość, która go natchnie nowym impulsem do życia.

T. Jelonek, *Chasydzi. Radośni mistycy żydowscy*,  
Kraków 2007, s. 198–199.

12

Wsparcie psychologiczne na etapie diagnostyki

*Elwira Zakrzewska*

21

Zdrowie psychiczne w obliczu choroby nowotworowej

*Magdalena Smorowska*

30

Prehabilitacja żywieniowa

*Martyna Cichoń*

34

Rehabilitacja poprzedzająca zabieg mastektomii

*Agata Andrzejczak-Skrzypczak*

37

Pomoc socjalna w chorobie nowotworowej

*Grażyna Durbacz*

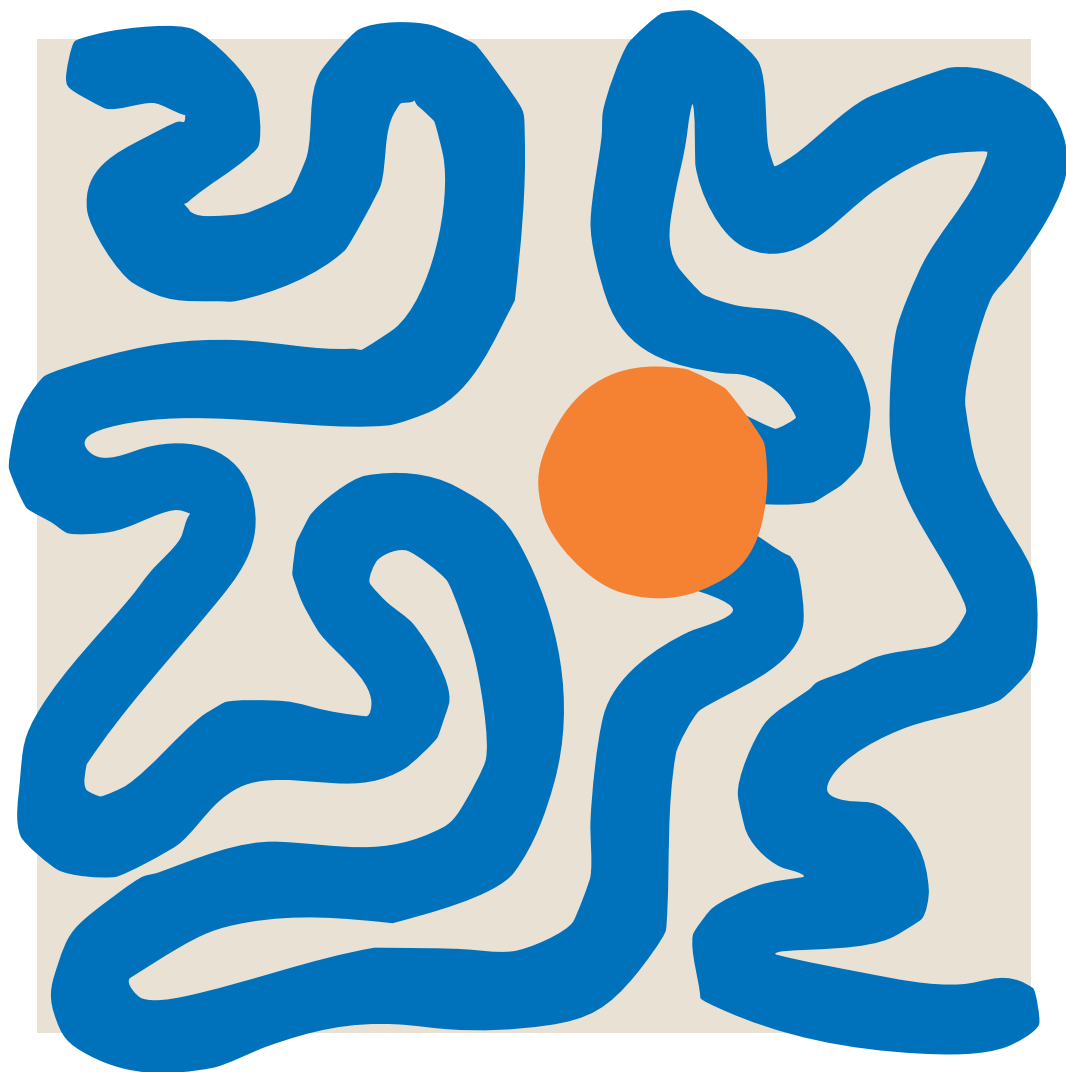
50

Życie z rakiem.

Doświadczenia i spostrzeżenia lekarza onkologa

*Mieszko Białas*

# DIAGNOZA



*Elwira Zakrzewska – Magdalena Smorowska – Martyna Cichoń –  
Agata Andrzejczak-Skrzypczak – Grażyna Durbach – Mieszko Białas*

# Wsparcie psychologiczne na etapie diagnostyki

*Elwira Zakrzewska*

## **Czy to rak?**

Jeśli to czytasz, prawdopodobnie niepokoją cię jakieś objawy, które sugerują chorobę nowotworową, lub jesteś w trakcie diagnostyki. Czujesz ogromny lęk, a twoje myśli wciąż krążą wokół choroby. Naprzemiennie pojawia się strach i nadzieja, że może to jednak nie to. Myślisz – jak cudownie było wcześniej, kiedy ten problem cię nie dotyczył.

Czas od pojawienia się objawów do postawienia diagnozy to jeden z najtrudniejszych etapów leczenia. Masz prawo do wszystkich emocji, które się teraz pojawiają, a w szczególności do strachu, złości, smutku. Twoje zachowanie również może pod wpływem stresu ulec zmianie. Możesz zauważyć u siebie większą drażliwość, mniejszą odporność na dyskomfort, niecierpliwość. Mogą pojawić się też problemy ze skupieniem uwagi, snem, apetytem. W tym czasie bądź dla siebie wyjątkowo wyrozumiała/wyrozumiały. To nie twoje reakcje są nienormalne, a sytuacja, w której jesteś.

Twoje zachowanie i stan emocjonalny z pewnością nie umkną uwadze twoich bliskich i jeśli nie masz wybitnych zdolności aktorskich, wyczuwają oni twoje napięcie i zauważą zmiany w zachowaniu. Nie ma zatem sensu ukrywać przed nimi, że martwisz się stanem swojego zdrowia. Od ciebie zależy, komu i ile powiesz, ale wiedź, że otoczenie zauważy zmiany i będzie oczekiwać wyjaśnień. Przygotuj się na nie.

W tym trudnym czasie zadbaj o wsparcie dla siebie – ze strony męża, żony, przyjaciółki, przyjaciela. Jednak jeśli twoje emocje uniemożliwiają ci wypełnianie twoich aktualnych ról, już na tym etapie skontaktuj się ze specjalistą: psychoonkologiem, psychologiem. Z pewnością w twojej okolicy działa jakaś fundacja czy stowarzyszenie na rzecz osób/rodzin dotkniętych chorobą (patrz załącznik: Gdzie szukać wsparcia? Lista organizacji działających na rzecz pacjentów onkologicznych).

Zrób plan działania na najbliższy czas: spójrz, jakie badania masz do wykonania, umów się na wizyty. Przeprowadzenie przez system publicznej służby zdrowia niejednokrotnie wymaga cierpliwości. Karta DiLO powinna ułatwić ci sprawę (patrz ramka: Karta DiLO).

Pamiętaj, że podczas wizyt u lekarza będzie towarzyszył ci stres. To nieuniknione. Nasze życie i zdrowie są dla nas największą wartością, a im ważniejsza wartość jest zagrożona, tym większy stres ma prawo się pojawić. W stresie nasza uwaga może być zaburzona, pamięć również może działać wybiórczo. Dlatego najlepiej załóż zeszyt, w którym będziesz zapisywać daty wizyt, badań oraz pytania, które chcesz zadać lekarzowi. A na wizyty dobrze byłoby chodzić z kimś bliskim, kto zapamięta lub zapisze odpowiedzi na nurtujące cię pytania.

Twój system nerwowy jest teraz bardzo obciążony, spróbuj w tym czasie oczekiwania na diagnozę zadbać o siebie bardziej niż zwykle. Postaraj się przekierowywać uwagę na czynności, które sprawiają ci przyjemność: hobby, oglądanie filmów, spotkania z przyjaciółmi, spacer, sport, rękodzieło, malowanie. Kontakt z kulturą, sztuką. Spróbuj zająć głowę czymś innym. Zamartwianie się nie ma sensu, osłabia tylko twój układ odpornościowy. Póki nie zdiagnozują u ciebie choroby – traktuj się jak osobą zdrową. Nie daj się wcisnąć w rolę chorego zbyt wcześnie. Masz przecież inne, ważniejsze role, które definiują cię jako człowieka, które cię budują i przynoszą ci radość. Skup się na nich.

## Co to jest Karta DiLO i do czego służy?

Karta DiLO to skrót od nazwy Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Zwana jest także zieloną kartą (choć w rzeczywistości jest biała) i stanowi dokument, który umożliwia dostęp do szybkiej diagnostyki i leczenia bez konieczności stania w kolejkach.

W teorii oznacza to, że od pierwszej wizyty do postawienia diagnozy nie powinno upłynąć więcej niż siedem tygodni – diagnoza wstępna powinna zająć maksymalnie 28 dni, a diagnostyka pogłębiona (w przypadku stwierdzenia nowotworu) maksymalnie 21 dni.

Wystawiana jest osobom, u których lekarz podejrzewa lub stwierdza nowotwór złośliwy, a także chorym w trakcie leczenia onkologicznego. Jest ona też stałym skierowaniem na leczenie w trakcie terapii.

Karta DiLO należy do pacjenta. Wypełnia ją lekarz i przekazuje pacjentowi. Chory musi ją okazywać lekarzom na każdym etapie leczenia, a ci uzupełniają ją o informacje związane z prowadzonym przez nich diagnozowaniem i leczeniem. Służy zatem również do dokumentowania całego procesu terapeutycznego.

Z założenia karta DiLO ma na celu wprowadzenie interdyscyplinarnego leczenia onkologicznego. Dzięki temu w ciągu 2 tygodni od zgłoszenia się pacjenta zbiera się konsylium lekarzy różnych specjalności (m.in. onkolog, chirurg i radioterapeuta), którzy opracowują szczegółowy plan leczenia oraz wyznaczają koordynatora, który będzie nadzorował cały proces.

## Kto może wystawić kartę DiLO?

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który wskazuje na podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego lub stwierdził nowotwór złośliwy;
- lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub stwierdził nowotwór złośliwy;
- lekarz udzielający świadczeń z zakresu programów zdrowotnych, który stwierdził nowotwór złośliwy;
- lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy.

## Diagnoza i co dalej?!

A jeśli właśnie usłyszałaś/usłyszałeś diagnozę, prawdopodobnie jesteś w szoku i sparaliżowana/sparaliżowany lękiem. Możesz odczuwać gniew, choć nie bardzo wiesz, na co i do kogo. Mogą pojawić się myśli: „jak to się stało?”. U niektórych pacjentów pojawia się nawet poczucie winy: „czy to moja wina, czy mogłem/mogłam tego uniknąć?”, „czy umrę?”, „ile czasu mi zostało?”. Są też pacjenci, którzy w swojej rozpaczycie obarczają siebie odpowiedzialnością za chorobę, postrzegając ją jako „karę za grzechy”. Inni odczuwają wstyd, że dopuścili do rozwoju raka, że są chorzy, a tym samym gorsi, słabsi i nie będą mogli wypełniać swoich zadań. Te irracjonalne pytania i przypuszczenia pojawiają się automatycznie, ale w żaden sposób nie pomagają. Negatywne postrzeganie siebie, swojej przyszłości i obarczanie się winą za chorobę jest wynikiem silnego stresu i nastroju obniżonego w wyniku diagnozy. To efekt zniekształceń poznawczych powstających w twojej głowie w związku z obniżonym nastrojem, który działa jak filtr – jak odwrotność różowych okularów. To, co w tej chwili podpowiada ci twój mózg, nie jest prawdą. Twoje myśli są teraz „zainfekowane” i w żaden sposób ci nie pomagają.

Jeśli przyszło ci do głowy obwinianie się o zachorowanie – natychmiast przestań! Takie myślenie ci nie pomaga, wręcz przeciwnie, nasila stres (Heszen, Sęk, 2007). Odbiera siłę i energię, których teraz potrzebujesz bardziej niż kiedykolwiek. Powstanie nowotworu to złożony proces, na który składa się wiele czynników. Czynniki te muszą zaistnieć w określonej konfiguracji, której nikt nie jest w stanie przewidzieć. To, że właśnie ty zachorowałaś/zachorowałeś, to czysty przypadek. Na nowotwory chorują nawet ludzie, którzy bardzo dobrze znają się na tej chorobie. Gdyby istniała jakakolwiek możliwość ustrzeżenia się przed nią – na pewno by z niej skorzystali. Nowotwór to demokratyczna choroba, która po prostu się trafia – jak wypadek.

## Odwracaj uwagę, poszerzaj wiedzę

Dlatego, na ile to możliwe, staraj się odwracać swoją uwagę, skupiać się na czymś innym. To jest dobry czas, żeby skorzystać ze wsparcia bliskich, umówić się na spotkanie z psychologiem, zapisać się do grupy wsparcia, poczytać broszury, które udostępnił lekarz. Nie wyszukuj w internecie informacji na temat swojej choroby. Informacje tam zawarte mogą być

przestarzałe, błędne, napisane przez laików lub co gorsza przeciwników leczenia czy sprzedawców „pseudospecyfików”. Mogą cię wprowadzić w błąd, bardziej wystraszyć niż uspokoić, a nawet zniechęcić do leczenia. Oczywiście istnieją też wiarygodne źródła informacji, ale trzeba wiedzieć, z których stron korzystać. Z czasem zdobędziesz taką wiedzę, teraz opieraj się na tym, co powie twój lekarz. Czytaj te ulotki, które ci da, lub które dostaniesz w poradni. Wiedza zazwyczaj obniża poziom lęku, ale trzeba z niej korzystać mądrze.

## Korzystaj ze wsparcia

Gdy zastanawiasz się, jak powiedzieć o chorobie rodzinie, jak zareagują... Boisz się ich reakcji, a szczególnie ich cierpienia. Może nawet przeszło ci przez myśl, żeby się nie przyznać, ukryć, przemilczeć... To złe rozwiązanie, bliscy zasługują na to, żeby znać prawdę.

Twoja rodzina, przyjaciele i znajomi to zasób, na który pracuje się całe życie. Jeśli masz to szczęście i otaczasz się ludźmi, którzy są ci życzliwi – korzystaj z ich pomocy. Prośenie o pomoc jest dużo trudniejsze niż pomaganie. Możesz mieć z tym problem, ale pamiętaj, że oni chcą ci pomóc. Chcą mieć wkład w proces twojego zdrowienia. Zastanów się, jak możesz z tego wsparcia skorzystać. Może będziesz potrzebować transportu, opieki nad dzieckiem, pomocy w robieniu zakupów, sprzętaniu, wyprowadzeniu psa... Teraz jest właściwy moment, żeby zastanowić się, w jakich sytuacjach i z czyjej pomocy możesz skorzystać. Zaplanuj to wcześniej, ustal z przyjaciółmi, żeby byli gotowi, gdy ich pomoc będzie potrzebna.

Rozejrzyj się, czy w twojej okolicy działają jakieś organizacje pozarządowe zrzeszające i wspierające osoby chorujące onkologicznie i ich rodziny. W tabeli obok znajdziesz niektóre z takich organizacji działające na terenie Torunia.

Mogą pojawiać się też myśli: dlaczego ja, dlaczego, za co mnie to

Akademia Walki z Rakiem  
[fundacja.swiatlo.org](http://fundacja.swiatlo.org)

Kierunek Zdrowie  
[kierunekzdrowie.org](http://kierunekzdrowie.org)

Amazonki  
[amazonkitorun.pl](http://amazonkitorun.pl)

Stowarzyszenie Hospicjum  
Światło  
[stowarzyszenie-hospicjum-swiatlo.pl](http://stowarzyszenie-hospicjum-swiatlo.pl)

spotkało... Zastanawianie się nad odpowiedziami na nie nie ma sensu – frustruje i zabiera energię, którą teraz należy wykorzystać na leczenie i dochodzenie do zdrowia. Jeśli tę energię zużyjesz na rzeczy, na które wpływu nie masz, to zwyczajnie może ci jej zabraknąć na to, na co masz wpływ. Możesz pomyśleć: „a na co u licha ja mam teraz wpływ?!”.

Wbrew pozorom masz wpływ, i to na wiele rzeczy. Nie musisz być tylko „przedmiotem do leczenia”, „jednostką chorobową” – możesz stać się aktywnym podmiotem procesu terapeutycznego.

## **Masz wybór – skorzystaj z niego!**

*Masz wpływ na to, kiedy rozpoczniesz leczenie*

Wielu pacjentów zwleka z podjęciem decyzji o rozpoczęciu leczenia. Zwleka najczęściej ze strachu przed samym procesem leczenia. Lęk często paraliżuje, odbiera poczucie sprawstwa. Możesz pomyśleć: „i po co to wszystko...?”. A po to, żeby wrócić do zdrowia, żeby skorzystać z szansy, jaką daje współczesna medycyna.

Im wcześniej rozpoczniesz leczenie – tym lepiej. Nawet jeśli rak już rozwija się w twoim ciele, to im wcześniej rozpoczniesz leczenie, tym mniejsze szkody zdoła poczynić. Nie zapomnij też, że wciąż masz w swoim organizmie naturalne mechanizmy, które już podjęły „walkę” – jest to twój układ odpornościowy (Bishop 2007). Może nie jest on idealny, bo „przeoczył” moment pojawienia się uszkodzenia łańcucha DNA i na czas nie wychwycił ani nie skorygował uszkodzenia, co doprowadziło do wystąpienia zmian rakowych – ale wciąż działa, a jego wydolność możesz wzmocnić. Takie błędy z pewnością przytrafiają się każdemu z nas częściej, a wynika to z rachunku prawdopodobieństwa. W twoim organizmie każdego dnia obumiera 70 milionów komórek i tyle samo powstaje nowych. Zatem twój organizm skopiował już ogromną liczbę genów. Z pewnością błędy zdarzały się już wcześniej, ale układ odpornościowy (inaczej immunologiczny) sobie z nimi poradził. Niestety w tym konkretnym przypadku twój układ immunologiczny przeoczył błąd. Dlatego te nietypowe (źle skopiowane) komórki zaczęły się bezkarnie mnożyć, tworząc nowotwór. Zatrzymanie tego procesu na jak najwcześniejszym etapie jest bardzo ważne dla powodzenia terapii. Zatem nie zwlekaj i rozpocznij leczenie tak szybko, jak jest to możliwe.

### *Wzmacniaj swój układ odpornościowy*

Dobrze się odżywiaj. Możesz skorzystać z porady dietetyka (więcej o diecie dedykowanej dla chorujących onkologicznie znajdziesz w kolejnych rozdziałach). Pamiętaj, żeby posiłki przygotowywać z dobrej jakości produktów, dostarczaj organizmowi więcej białka i jedz z przyjemnością.

Rób rzeczy, które sprawiają ci przyjemność: chodź na spacer, oglądaj filmy, które lubisz, słuchaj muzyki, czytaj książki. Jeśli lubisz, chodź na wystawy, spotykaj się z ludźmi. Rób to, co sprawia ci przyjemność. Dzięki temu zwiększysz w swoim organizmie liczbę komórek NK (ang. natural killers – naturalni zabójcy), czyli komórek układu immunologicznego mających zdolność do niszczenia komórek nowotworowych.

### *Zadbaj o sprawy bieżące*

Przejrzyj posiadane polisy ubezpieczeniowe. Być może posiadasz ubezpieczenie od tego typu zdarzeń. Możesz już o tym nie pamiętać, a ubezpieczyciel z pewnością ci o tym nie przypomni. Sprawdź też ubezpieczenie grupowe. W tym celu skontaktuj się ze swoim pracodawcą – osobą odpowiedzialną za ubezpieczenia. Ona pokieruje cię dalej.

Jeśli masz ubezpieczenie indywidualne na wypadek ciężkiego zachorowania i/lub pobytu w szpitalu, po otrzymaniu diagnozy nowotworowej jak najszybciej skontaktuj się z ubezpieczycielem, by zgłosić roszczenie:

- Przygotuj dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę.
- Złóż wszystkie niezbędne formularze w odpowiednim terminie (niektóre polisy mają ograniczony czas na zgłoszenie roszczeń).
- Monitoruj proces rozpatrywania wniosku i w razie potrzeby dostarcz dodatkowe informacje.

Jeśli masz wątpliwości, skorzystaj z pomocy doradcy ubezpieczeniowego lub prawnika, aby upewnić się, że wszystkie formalności są prawidłowo załatwione i że otrzymasz pełne świadczenie. Specjalista może również pomóc ci w ocenie, czy jesteś uprawniony do dodatkowych świadczeń z innych źródeł.

Jeśli pracujesz na etacie, możesz także korzystać z ubezpieczeń grupowych oferowanych przez pracodawcę. Dobrze jest sprawdzić, jakie świadczenia są dostępne w ramach takich polis oraz czy można je rozszerzyć na członków rodziny.

Diagnoza raka może wiązać się z koniecznością długotrwałego leczenia lub rehabilitacji. Warto zatem przemyśleć ewentualne rozszerzenie polis o dodatkowe opcje, jak opieka długoterminowa, wczesna emerytura lub rehabilitacja.

Dokładna analiza posiadanych ubezpieczeń w przypadku choroby nowotworowej pozwala lepiej zrozumieć swoje możliwości finansowe i skorzystać z dostępnych środków wsparcia, co może znacznie złagodzić twój stres związany z finansowymi konsekwencjami leczenia.

Poinformuj swojego pracodawcę o swojej sytuacji zdrowotnej. Oczywiście nie masz takiego obowiązku, ale bezpośrednio rozmowa może oszczędzić ci wielu nieporozumień i przykrych sytuacji. Jasne postawienie sprawy pozwoli twojemu pracodawcy przygotować się na twoją dłuższą nieobecność i ukroci spekulacje.

Zrób porządek w dokumentacji medycznej, którą posiadasz. Jeśli jeszcze tego nie zrobiłaś/zrobiłeś, załóż teczkę, przygotuj kalendarz, w którym będziesz zapisywać terminy wizyt, badań i hospitalizacji.

Jeśli dotychczas wyłącznie ty zajmowałaś/zajmowałeś się jakimiś obowiązkami – podziel się nimi z bliskimi. Pokaż, gdzie trzymasz dokumenty, jeśli chcesz, daj upoważnienia do banku czy urzędów na wypadek swojej niedyspozycji. Spisz terminowe płatności, które zwykle regulowałaś/regulowałeś. Naucz obsługi sprzętów, których obsługa należała dotychczas wyłącznie do ciebie.

Nie zapominaj, że twoi bliscy też cierpią z powodu twojej choroby. Oszczędzaj im niepotrzebnych emocji. W tym trudnym czasie może pojawiać się u ciebie nerwowość, drażliwość, ale nie wyładowuj swoich negatywnych emocji na bliskich. Nie zasłużyli na to. Kiedy choruje jeden członek rodziny – choruje cała rodzina, cały system. Właśnie teraz potrzebujecie siebie bardziej niż kiedykolwiek. Dawajcie sobie nawzajem wsparcie, a jeśli zauważysz, że ktoś z członków rodziny mimo wszystko nie może poradzić sobie z sytuacją – zaproponuj zwrócenie się do specjalisty: psychoonkologa, psychiatry.

Jeśli jesteś w szczególnie trudnej sytuacji materialnej czy życiowej, pamiętaj, że możesz skorzystać z pomocy w ramach systemu opieki społecznej. Przeczytasz o tym na kolejnych stronach. Możesz też zwrócić się do organizacji pozarządowych wspierających osoby chore onkologicznie.

Pamiętaj, że twoja choroba nie definiuje cię jako człowieka. Bycie pacjentem nie jest najważniejszą rolą, jaką odgrywasz. Co więcej, nie jest to rola wybrana przez ciebie. Została ci narzucona i to tylko na pewien czas. Wraz z diagnozą nie straciłaś/straciłeś swoich dotychczasowych ról – tych, które cię definiują, które są dla ciebie budujące i dają ci radość.

Nadal jesteś partnerem/partnerką, być może rodzicem, pracownikiem, przyjacielem, może dziadkiem. Skup się na wypełnianiu tych ról, nie daj się wcisnąć w rolę pacjenta na pełen etat. Nawet, jeśli choroba się tego domaga. Pomyśl, że leczenie ma swój początek i koniec, każdy dzień zbliża cię do jego zakończenia. Ale nawet w trakcie leczenia nie wolno brać ci urlopu od życia. Teraz, kiedy jesteś na początku tej drogi, zamiast kreślić czarne scenariusze możesz zwizualizować sobie moment zakończenia leczenia. A czas pomiędzy potraktować jak burzę, która ma swój początek i koniec. Pomyśl, na czym możesz się teraz skupić, może masz jakieś zaległości, które teraz możesz nadrobić. Przeczytać zaległe książki, obejrzeć filmy, spektakle, na które wcześniej nie było czasu, zwiedzić wystawy, muzea...

Choroba bardzo wiele zabiera, ale daje też przestrzeń na zadbanie o siebie, swoje potrzeby. Może wcześniej nie było na to czasu, a potrzeby innych wydawały ci się ważniejsze. Chorowanie da ci czas dla siebie, nauczy zdrowego egoizmu i pozwoli zweryfikować, co jest dla ciebie najważniejsze. Być może wyposaży cię na resztę życia w doświadczenia i umiejętności, które spowodują, że inaczej spojrzysz na to, co masz, nauczysz się cieszyć z małych rzeczy, wyjdiesz z dysfunkcyjnych schematów i staniesz się szczęśliwszym człowiekiem.

---

## Literatura

- Bishop G. D., Psychologia zdrowia, Wrocław 2007.
- de Walden-Gałuszko K. (red.), O życiu z rakiem i po raku, Warszawa 2023.
- de Walden-Gałuszko K., Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Warszawa 2011.
- Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, 2007.
- Rogiewicz M. (red.), Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych, Kraków 2015.
- Sęk H., Psychologia zdrowia, Warszawa 2007.
- Sęk H. (red.), Psychoonkologia, Wrocław 2019.
- Zabłocka-Żytka L., Sokołowska E., Pomoc psychologiczna chorym somatycznie, Warszawa 2016.

# Zdrowie psychiczne w obliczu choroby nowotworowej

*Magdalena Smorowska*

## **Mam prawo do...**

Choroba nowotworowa nie jest jak inne choroby, w których weźmie się tabletkę i objawy zaczynają przechodzić. Jeżeli chodzi o leczenie chemioterapeutyczne, czasami jest tak, że chory czuje się podczas leczenia gorzej niż przed. Powikłania po radioterapii mogą pojawić się nawet po kilku latach od naświetlania. Zasadniczo jedną z większych trudności podczas leczenia jest sama jego długotrwałość. Może ono bowiem trwać od kilku miesięcy aż do kilku lat. Kryzysy miewają osoby „zdrowe”, a co dopiero osoby, które chorują na poważną chorobę. Ta długotrwałość leczenia sprawia, że w porządku jest to, że ma się dość, że podaje się w wątpliwość skuteczność lub słuszność leczenia. W porządku jest też to, że mamy prawo się bać. Jedną z historii, którą pamiętam ze swojego doświadczenia zawodowego, jest ta, gdy jedna z pacjentek powiedziała mi (dziękuję Beato), że jestem jedyną osobą, która powiedziała jej, że właśnie ma prawo się bać. Każdy, komu opowiadała, że się boi, mówił jej: „daj spokój”, „myśl pozytywnie”. To nie jest wrastający paznokieć, tylko poważna choroba somatyczna i strach czy lęk są tutaj reakcją jak najbardziej adekwatną do sytuacji. Jest jedna rzecz, na którą mamy wpływ, i tą rzeczą nie jest magiczne wyłączenie emocji, żeby „się nie bać”. Wręcz odwrotnie – mamy prawo doświadczać lęku, bo to nam ratuje życie. Tym, nad czym możemy pracować sami albo z pomocą specjalisty, jest bycie z lękiem, a nie lękiem. Kiedy jesteśmy lękiem,

utrudnia nam to bardzo życie. Powoduje długotrwałe doświadczanie niepokoju, a myśli są skoncentrowane wokół choroby. Przez doświadczanie stresu obniża nam się odporność, co może powodować wiele skutków ubocznych, których nie powinniśmy doświadczać, np. zaburzenia adaptacyjne. Często samym celem pracy jest to, żeby żyć pomimo lęku. Lęk może być naszą naturalną pierwszą reakcją na to, co się dzieje wokół nas, i nie da się go magicznie wyłączyć.

## **Życ normalnie w nienormalnej sytuacji**

Jak radzić sobie z chorobą nowotworową? To najczęstsze pytanie, jakie słyszę w gabinecie. Jest to kwestia indywidualna i nie ma uniwersalnej odpowiedzi. Jedno, co wiem na pewno, to że trzeba potraktować chorobę jako epizod w życiu. Jeżeli dziś jest w miarę w porządku, to skupiam się na tym, czego dziś doświadczam. Chorowanie wiąże się z pewnymi ograniczeniami, ale to nie oznacza, że teraz mamy usiąść w fotelu i czekać na... No właśnie, na co? Jeżeli wszystko pójdzie zgodnie z planem, to pierwszym celem jest całkowite wyleczenie – taki jest plan i tego trzeba się trzymać. Jutro będę się martwić o to, co przyjdzie jutro.

Podzielę się poradą innej pacjentki (dziękuję Alino), aby chorobę nowotworową przenieść z czubka nosa na tył głowy. To jest coś, na co mamy wpływ. Nie „nieczucie”, a bezpośrednio podejście do choroby i przeżywanie jej w zgodzie ze sobą. Wszystko, co czujemy, jest w porządku, mimo że czasami doświadczamy przyjemnych i nieprzyjemnych emocji. Żyjmy normalnie w nienormalnej sytuacji. Jeżeli czujesz potrzebę wyjścia ze znajomymi, to działaj! Jeżeli czujesz w sobie dosyć siły, by posprzątać po rodzinnej imprezie, to działaj! Nie rezygnuj z zainteresowań. Poznawaj nowe osoby, doświadczaj nowych wyzwań. Oczywiście wszystko z umiarem.

## **Zmiana wyglądu**

Podczas leczenia czasami zmienia się ciało. Wypadają włosy, pojawiają się odczyny popromienne. Jednak to nie oznacza, że leczenie powinno kojarzyć się z cierpieniem. Niestety sam przekaz medialny pokazuje osoby chorujące jako cierpiące. W mediach mówi się częściej o osobach, które „przegrały walkę z rakiem” niż o ozdrowieńcach. Nie oznacza to, że każdy chorobę przechodzi tak samo. Każdy człowiek zupełnie inaczej reaguje na leczenie. Nawet gdyby pojawił się ktoś, kto

choruje na identyczny nowotwór, to i tak będzie go przechodził inaczej niż ty. Z doświadczenia wiem, że czasami zdarzają się zupełnie różne historie. Chorzy opowiadają, że wbrew pozorom jest dla nich nieprzyjemne, kiedy słyszą „nie wyglądasz na chorą/chorego”. A jak mają wyglądać!? Nie chorują przecież na wygląd, tylko na chorobę nowotworową. Pomimo dobrych intencji to naprawdę nie jest coś, co chciałoby się usłyszeć w tym trudnym i wymagającym czasie.

## **Poczekalnia**

Historie opowiadane przez pacjentów podczas czekania na wizytę u lekarza są czasami przerażające. Pacjenci częściej opowiadają o tym, że ktoś zmarł (nawet jeśli miał zupełnie inny nowotwór), niż o tym, że ktoś wyzdrowiał. Historie, przy których doświadczamy więcej nieprzyjemnych emocji, są trwalej zapamiętywane, przez co zasiewają niekiedy większy niepokój. Dobrze jest się jednak od tych historii trochę izolować. Wziąć ze sobą słuchawki i po prostu nie słuchać wzajemnego nakręcania się. Na szczęście czasami w poczekali można zawrzeć naprawdę fantastyczne przyjaźnie i wzajemnie się wspierać, ponieważ nikt nie zrozumie was lepiej niż druga osoba chora.

## **Wiedza**

Warto dowiedzieć się tyle, ile się da, na temat swojej choroby nowotworowej. Przed wizytami lekarskimi zrób sobie listę pytań, które chcesz zadać lekarzowi. Jeżeli się za bardzo stresujesz, weź ze sobą osobę towarzyszącą, która w zupełnie innych emocjach może będzie w stanie więcej zapamiętać. Może zdarzyć się tak, że za bardzo zafiksujemy się na temacie choroby nowotworowej, obsesyjnie szukając najnowszych badań i metod. Wydaje mi się, że to jeden z niewielu momentów w życiu, kiedy wiedza nie pomaga. Oczywiście dociekliwość niejednej osobie uratowała pewnie życie. Jednak nadmierne dociekanie, konsultowanie się u kilku specjalistów i wyszukiwanie alternatyw nie zawsze jest dobrym rozwiązaniem. Komuś trzeba w końcu zaufać, choć warto sprawdzać, upewniać się, nie podważając jednak kompetencji specjalistów wyszukiwaniem alternatywnych sposobów leczenia.

## **Litość a współzucie**

Dlaczego chorzy odrzucają pomoc swoich bliskich i znajomych? Ponieważ myślą współzucie z litością. Pracując w gabinecie, często słyszę, że chorzy izolują się od bliskich i znajomych, bo nie chcą ich litości. Jednak z doświadczenia wiem, że bliscy chcą obdarzyć troską, a nie litością, współzuciem, a nie politowaniem. To jest wyjątkowy moment w życiu, kiedy warto dumę i honor schować w kieszeń. Oczywiście mamy prawo do odmowy, ale nie ma sensu „cwaniakować”, że wszystko jest ok, gdy nie jest. Jakakolwiek pomoc bliskich w tym trudnym czasie może być bezcenna.

## **Myślenie pozytywne, myślenie negatywne a myślenie realistyczne**

Wbrew pozorom nie jestem fanką pozytywnego myślenia. Jak w sytuacji zagrożenia życia, zmagając się każdego dnia z wszelakimi trudnościami, mam chodzić uchachana i udawać, że wszystko jest w porządku i że mnie to nie dotyczy? Wydaje mi się, że jest to wręcz niemożliwe. Z drugiej strony zamartwianie się non stop, co to będzie, jak to będzie, jak to się skończy, co się stanie ze mną, z moją rodziną... też nie wydaje się dobrą drogą. Dlatego zawsze zachęcam do realistycznego myślenia. Skupiania się na faktach, a nie na wyobrażeniach. Nieporównywanie historii innych pacjentów do swojej. Każdy z nas jest inny i cudza historia nie musi być naszą historią. Skupmy się na sobie i swoim leczeniu i róbmy wszystko, co w naszej mocy, aby o to zadbać. Oczywiście nasza rola jest niestety bardzo ograniczona i sprowadza się często tylko do słuchania zaleceń. Jednak mamy wpływ na przeżywanie emocji i na to, co zrobimy pod wpływem tych emocji.

## **Wybieganie w przeszłość – „a co, jeśli?” vs. „tu i teraz”**

Warto skupić się nie na przeszłości czy na przyszłości, tylko na tu i teraz. Przeszłość niesie ze sobą często dużo nieprzyjemnych emocji, takich jak wina, żal, krzywda, uraza czy smutek. Z kolei przyszłość wzbudza w nas takie nieprzyjemne emocje jak lęk, strach, napięcie, obawy czy niepewność. Dlatego tak ważne jest skupianie się na tu i teraz – ponieważ tu jest spokój. Jest realny wpływ na to, co się dzieje. W wyobrażeniach i wspomnieniach nic już nie zmienimy, możemy najwyżej wyciągnąć z nich dla siebie dobre wnioski na tę chwilę.

## **Dobry przyjaciel, a nie psycholog**

Mam wrażenie, że czasami choremu bardziej przydałby się dobry przyjaciel niż profesjonalna pomoc psychologiczna. Dobry przyjaciel to taki, który nie ocenia. Podzieli się swoimi przemyśleniami, jeśli będziesz chciał znać opinię na dany temat. Nie będzie prawil morałów ani litanii. Jest faktycznie tobą zainteresowany. Każdy potrzebuje uwagi, ale ważne jest to, żeby na każdego w relacji było „mniej więcej tyle samo czasu”. Dawanie przestrzeni do wygadania się, a nie wtrącanie się co chwilę, żeby mówić tylko o sobie i swoich doświadczeniach, o tym, jak nam samym jest w życiu źle czy trudno. Niestety żyjemy w czasach narcyzów i większość osób mówi tylko o sobie, czasem nawet nie pytając, co słyhać u drugiej osoby. Dobra relacja to taka, w której jesteście tak samo biorcami jak dawcami. Nie chodzi też o to, żeby rezygnować ze wszystkich takich relacji. Ludzie się magicznie nie domyślą, że coś może być nie tak. Osoby, które są „dawcami”, bardziej będą przyciągać do siebie osoby, które są „biorcami”. Na dłuższą metę taka forma relacji może być męcząca. Dlatego gdy relacja wyzwała w nas nieprzyjemne emocje, zamiast ją kończyć albo trwać w niej tak, jak dotąd, warto wziąć za nią odpowiedzialność. Odpowiedzialność polega na reagowaniu, na dialogu i komunikowaniu, co się nam podoba, a co się nie podoba. Na zgłaszaniu swoich potrzeb, które też są ważne.

## **Marudzenie uspokaja**

Czasami potrzebujemy sobie trochę pomarudzić – i to jest całkowicie w porządku. Nie zawsze oczekujemy pomocy, czasami czujemy po prostu potrzebę „wygadania się”. Bliscy szukają jednak wtedy rozwiązań, które akurat w tym momencie w ogóle nie będą dla nas pomocne. Dlatego warto poinformować bliskich, że potrzebujemy sobie trochę ponarzekać. Co daje marudzenie? Na przykład ulgę albo spokój. Myślę, że każdy z nas ma takie doświadczenie w swoim życiu i wie, jak to jest. Dlatego w podobnej sytuacji możemy sobie przypomnieć, że jeśli sobie porządnie pomarudzimy, od razu będzie nam trochę lepiej.

## **Instrukcja obsługi**

Ludzie kochają instrukcje obsługi. Każdy pomaga, jak potrafi, albo jak wydaje mu się, że powinien zareagować, albo kierując się myślą: „mi by to pomogło, to tak mu powiem”. Każdy z nas jest inny i każdy z nas

potrzebuje czegoś innego. Dlatego zachęcam, żeby wprost zgłaszać swoje potrzeby, bo bliscy nie domyślą się w magiczny sposób, czego nam potrzeba. Nie obawiamy się mówić wprost. Bliscy będą chcieli nam pomagać, ale mogą to robić bardzo nieudolnie. Aby pomaganie miało sens, nauczmy się wprost wypowiadać swoje oczekiwania.

## **Samotność**

Podczas chorowania, pomimo tego, że jesteśmy wśród ludzi, możemy czuć się bardzo samotni. Samotni w doświadczeniu chorowania, samotni w przeżywanych trudnościach, samotni w obawach, samotni w związku z poczuciem niezrozumienia, samotni, bo znajomi się oddalili. Możemy tej samotności doświadczać w różnych aspektach.

Nie jestem fanką szukania od razu pomocy u psychoonkologa, ale warto się tam zgłosić, jeżeli mamy poczucie, że sobie nie radzimy albo że jesteśmy właśnie samotni. W Akademii Walki z Rakiem prowadzimy szereg form wsparcia, które mają na celu polepszenie jakości życia na tyle, na ile jest to w danym momencie możliwe. Spotkania indywidualne czy spotkania grupowe to jest to, z czego możesz skorzystać. Nie każdemu obie formy są potrzebne. Trzeba indywidualnie rozważyć, kto czego potrzebuje. Nie każdy będzie się czuł komfortowo w grupie, dlatego można wybrać indywidualną formę spotkań.

Jeżeli nie możemy uczestniczyć w spotkaniach grupowych lub indywidualnych, pozostaje jeszcze jedna możliwość – przez ostatnie lata bardzo rozwinęła się forma on-line. Są fundacje, które proponują bezpłatną pomoc psychoonkologiczną. Nie wstydzmy się korzystać, skoro są możliwości.

## **Asertywność i stawianie granic**

Asertywność to nie tylko mówienie „nie”. Asertywność to też umiejętność wyrażania siebie, swojego niezadowolenia, stawiania granic, a także świadomość, że mamy prawo do własnego zdania i do własnych przekonań. Możemy otrzymać troskę, której w ogóle nie potrzebujemy. Nie musimy zaspokajać potrzeb innych osób, które mają potrzebę pomagania. Nie jest tak, że gdy stawiamy granice, to inni są „głusi” i nie słyszą, co do nich mówimy. Po prostu ich potrzeba zrobienia czegokolwiek jest tak silna, że ignorują nas na korzyść siebie i swoich potrzeb. Nie musimy z nikim rozmawiać, jeśli jest to dla nas za dużo. Inni przeżyją, jeśli

nie podzielią się z nami jakąś historią, jednak dla nas konieczność jej słuchania może być nie do przeżycia. Jeśli asertywnie postawimy granice, naszym rozmówcom najwyżej zrobi się przykro i doświadczą pewnego rodzaju cierpienia, ale to przeżyją. Nie oznacza to, że będą musieli chodzić do psychologa czy leczyć się psychiatrycznie, bo odmowa spowoduje w nich ogromną traumę. Dlatego zachęcam do asertywności, bo zmuszanie się do kontaktów z innymi na dłuższą metę może zwiększać wzajemny dystans zamiast go zmniejszać.

Rodzice chorujących osób przeżywają czasami regres i traktują swoje dorosłe dzieci jak za dawnych lat. Pamiętajmy, że jeżeli czegoś nie potrzebujemy, to też jest w porządku. Bliscy nie są głusi na nasze potrzeby albo ich brak, ale ich potrzeba niesienia pomocy może być tak silna, że skupiają się na niej i nie „słyszą”, co do nich mówimy. Nie zawsze bliscy reagują na odmowy i je przyjmują. Bądźmy cierpliwi i stanowczy. Nawet jeśli raz się uda, to nie oznacza, że zawsze tak będzie. Jednak nasze podejście, spokój i opanowanie mogą pomóc nam w nauce wspólnego funkcjonowania w chorobie.

Czasami zachowamy się nadmiarowo, czasami przesadzimy, ale to wszystko też jest w porządku, ponieważ mamy do czynienia z lękiem przed śmiercią albo przed bólem, którego możemy doświadczyć. Cały świat nie jest przeciwko nam ani nie kręci się wokół nas. Zawsze możemy wziąć odpowiedzialność za siebie i za swoje zachowanie i po prostu przeprosić, jeśli przesadzimy. Nie oznacza to, że bliscy są naszym wentylem bądź workiem treningowym. Mamy prawo się złościć, ale nie wyładowywać tę złość na drugim człowieku. Z doświadczenia wiem, że często złość jest sposobem radzenia sobie ze smutkiem. Łatwiej nam ją wyrażać. Mamy większe „przyzwolenie”. Na smutek najczęściej nie było w naszych rodzinach przestrzeni, dlatego jesteśmy pokoleniem, które dopiero uczy się w sposób prawidłowy doświadczać i przeżywać emocje. Wszystkie emocje są w porządku, moralnej ocenie podlega natomiast to, co zrobimy pod wpływem tych emocji.

## Psychiatra

Nie obawiamy się korzystania z pomocy specjalistów. Może zdarzyć się tak, że sama pomoc psychologiczna to za mało. Nie wynika to z braku kompetencji psychologa – samo chorowanie może być tak obciążającym okresem w życiu człowieka, że trzeba wspomóc się dodatkową

farmakologią. Terapia wspomaga leki, a leki wspomagają terapię. Czasy się zmieniły i leki psychiatryczne nie otumaniają. Są to leki nowej generacji, które mogą bardzo poprawić jakość i komfort życia. Objawy takie jak: zaburzenia snu, zaburzenia apetytu, obniżony nastrój, pesymistyczne myślenie, spadek libido, doświadczanie ciągłego lęku, zaburzenia koncentracji i uwagi, myśli samobójcze i wiele, wiele innych objawów nie są normą!

## **Radzenie sobie w pigułce**

### *Zrozumienie diagnozy*

Dowiedz się jak najwięcej o swoim rodzaju nowotworu.

### *Wsparcie emocjonalne*

- Szukaj wsparcia w rodzinie i przyjaciółach.
- Skorzystaj z indywidualnej pomocy specjalisty (np. psychoonkologa, psychologa, psychoterapeuty).
- Rozważ dołączenie do grup wsparcia, gdzie możesz podzielić się swoimi doświadczeniami.
- Gdy będzie ci bardzo trudno, skorzystaj z pomocy lekarza psychiatry.

### *Reaguj na objawy i skutki uboczne leczenia*

- Regularnie konsultuj się z lekarzem na temat objawów i skutków ubocznych leczenia.
- Informuj o wszelkich dolegliwościach, aby uzyskać odpowiednią pomoc.
- Nie ukrywaj niczego, nawet jeśli nie chcesz martwić innych.

### *Zdrowa dieta*

- Staraj się stosować zrównoważoną dietę.
- Skorzystaj z pomocy dietetyka i poradni prehabilitacji.
- Nie zapominaj o drobnych przyjemnościach, ale wiadomo, że z umiarem.

### *Aktywność fizyczna*

Podjmij lekką aktywność fizyczną, np. spacerowanie, nordicwalking czy onkojogę, aby poprawić samopoczucie.

## *Rehabilitacja*

Podjmij współpracę z fizjoterapeutą, który zajmie się skutkami leczenia.

### *Relaksacja i redukcja stresu*

- Praktykuj techniki relaksacyjne takie jak: medytacja, głębokie oddychanie czy aromaterapia.
- Znajdź czas na hobby, które sprawia ci przyjemność.
- Odkrywaj nowe zainteresowania i przyjemności.

### *Utrzymywanie realnego nastawienia*

- Staraj się skupiać na tym, co tu i teraz.
- Nie wybiegaj myślami w przyszłość.
- Przypominaj sobie, że nie jesteś sam i wielu ludzi przeszło przez podobne doświadczenia.

### *Planowanie przyszłości*

- Rozważ, co chcesz osiągnąć i jak możesz to zrobić.
- Nie zapominaj o swoich marzeniach i celach.
- Poszukuj nowych doświadczeń.

# Prehabilitacja żywieniowa

*Martyna Cichoń*

Wsparcie żywieniowe pacjenta na początkowym etapie leczenia onkologicznego jest równie ważne, jak prawidłowe odżywianie w czasie właściwego procesu. Od momentu diagnozy do rozpoczęcia radioterapii, chemioterapii, immunoterapii, przeprowadzenia zabiegu operacyjnego albo wdrożenia innej możliwej metody leczenia mija często kilka dni lub tygodni. Warto mieć na uwadze, że dobra kondycja organizmu jest bardzo ważnym elementem, którego nie można ignorować, dlatego powinno się ten czas dobrze wykorzystać. Wiedza naukowa i doświadczenie specjalistów potwierdzają, że pacjent, który jest prawidłowo odżywiony na początkowym etapie, dużo lepiej znosi wszystkie interwencje medyczne. Co więcej obserwuje się, że u takiej osoby proces leczenia jest lepiej tolerowany, rekonwalescencja i czas przebywania w szpitalu znacznie się skraca, obniżają się koszty leczenia, a możliwe powikłania takie jak trudności w gojeniu ran, nieszczelności zespoleń czy zakażenia pojawiają się dużo rzadziej i mają zdecydowanie łagodniejszy przebieg.

Tak zwana prehabilitacja pacjenta onkologicznego to interdyscyplinarny ogół procesów prowadzonych przez lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków w celu poprawy jakości życia pacjenta i jego rokowań na późniejszych etapach leczenia. Miała ona swoje początki już w latach 40. XX wieku, jednak dopiero teraz dostrzega się jej rosnącą rolę w procesie leczenia. Zakłada ona między innymi wsparcie psychologiczne, rehabilitację, zmiany w stylu życia, rezygnację z nałogów, ale i modyfikacje żywieniowe, tak aby zapewnić wszystkie składniki odżywcze,

mineralne i witaminy niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz zminimalizować ryzyko wyniszczenia i niedożywienia.

Pacjent onkologiczny po diagnozie i ustaleniu planu leczenia powinien udać się nie tylko do onkologa czy psychologa, ale i do dietetyka, aby ten mógł przeprowadzić wywiad żywieniowy, ocenić stan odżywienia i dokładnie przeanalizować dotychczasowy styl żywienia. Dzięki temu będzie on w stanie wyłapać nieprawidłowości w składzie czy masie ciała, ale też nakieruje zarówno samego chorego, jak i jego najbliższych na to, co jest najważniejsze podczas początkowych etapów leczenia, na jakie składniki odżywcze należy najbardziej zwracać uwagę oraz czego powinno się unikać i co zdecydowanie wyeliminować z diety. Dzięki tej interwencji istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że pacjent zostanie lepiej zaopiekowany i przygotowany, a dzięki temu uniknie skutków ubocznych leczenia lub będą one mniej intensywne.

Na chwilę obecną nie ma jednego, powszechnego schematu, jaki należy wdrożyć w żywieniu pacjenta onkologicznego. Nie istnieje także jedna dieta lecząca z raka ani jeden produkt, który zabija komórki nowotworowe. Proces ten jest bardzo złożony i wymaga indywidualnej oceny zarówno stanu fizycznego, jak i świadomości pacjenta. Według specjalistów, na podstawie ich obserwacji i doświadczenia zaleca się, aby interwencje żywieniowe wprowadzać na co najmniej 7–14 dni przed właściwym leczeniem. Jeżeli czas oczekiwania na zabieg jest dłuższy, to mogą one być rozpoczęte wcześniej. Jeżeli czasu jest mniej, a pacjent nie jest dobrze przygotowany, to bywa, że rekomenduje się odsunięcie zabiegu w czasie, aby móc odżywić i wzmocnić pacjenta na tyle, na ile pozwala oczywiście czas i plan leczenia.

Najważniejszymi aspektami, na które zwraca się uwagę w czasie przygotowań, są masa ciała i zawartość białka w diecie. Przede wszystkim należy pamiętać, że prehabilitacja i przygotowywanie pacjenta do właściwego leczenia to, w większości przypadków, nie jest czas na odchudzanie chorego, a wręcz przeciwnie – należy go dobrze odżywić i wzmocnić organizm. Leczenie onkologiczne jest ciężkim procesem, wymagającym bardzo dużych nakładów odżywczo-energetycznych, które muszą zostać zapewnione od samego początku, inaczej będą prowadziły do niezamierzonej utraty masy ciała. Z kolei chudnięcie wiąże się z ryzykiem rozwoju tak zwanej kacheksji nowotworowej, która może być stanem zagrożenia życia. Istnieją specjalne skale, kwestionariusze i ankiety, dzięki którym łatwiej jest ocenić potencjalne ryzyko niedożywienia

pacjenta – na przykład NRS 2002, SGA czy MUST. Warto pamiętać, że niedożywienie może pojawiać się także przy prawidłowej masie ciała, wówczas jest ono niewidoczne na pierwszy rzut oka. Wynika najczęściej z niedoborów składników mineralnych, które najczęściej, choć nie zawsze, są skutkiem mało urozmaiconej, monotonnej i niedoborowej diety.

Opieka dietetyka na początkowych etapach leczenia i wprowadzanie ewentualnych chwilowych lub długotrwałych modyfikacji stylu żywienia dają większą szansę na lepszą odpowiedź i reakcję organizmu na proces leczenia. Dieta powinna być zindywidualizowana, dostosowana do warunków i możliwości pacjenta, ale też uwzględniać jego preferencje czy choroby współistniejące. Zmniejsza ona także prawdopodobieństwo pojawienia się niedożywienia na późniejszych etapach leczenia, daje narzędzia do odbudowy organizmu oraz niweluje ryzyko niedoborów mineralnych i powikłań z nich wynikających.

Bardzo ważnym składnikiem, o którego podaż w diecie należy zadbać już na samym początku leczenia, jest białko. Zalecane jest przede wszystkim białko pochodzenia zwierzęcego, gdyż znajdują się w nim wszystkie niezbędne aminokwasy, bez których organizm może mieć problem z wytworzeniem wielu związków i przeprowadzeniem różnych ważnych procesów. Dzięki temu rodzajowi białka zwiększa się ilość procesów anabolicznych (syntezy), a zmniejsza katabolicznych (rozpadu). Najczęściej polecanymi źródłami żywieniowymi są mięso drobiowe (indyk, kurczak), ryby, jajka, nabiał, ale i nasiona roślin strączkowych – o ile nie ma przeciwwskazań wynikających z typu nowotworu czy kondycji przewodu pokarmowego. Dieta wegetariańska czy też wegańska jest w tym wypadku dużo cięższą sytuacją dla organizmu i wymaga kontroli dietetyka.

Należy również pamiętać, że o ile zalecenia lekarza prowadzącego nie będą inne i nie będzie konieczności wprowadzenia interwencji wzmacniającej organizm, tak długo, jak długo jest to możliwe, powinno się stosować zdrową, urozmaiconą i dobrze zbilansowaną dietę zgodną z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia Człowieka, która zapewni dostęp do wszystkich witamin i składników mineralnych, a ograniczy niekorzystne dla zdrowia konserwanty, tłuszcze przetworzone, nadmierne ilości cukru, żywność przetworzoną i żywność typu fast-food.

Niewątpliwie bardzo szkodliwymi czynnikami, które należy koniecznie wyeliminować z diety, są tytoń oraz alkohol. Obie te używki zdecydowanie utrudniają proces leczenia, wydłużają jego czas, a także zwiększają ryzyko pojawienia się i nasilenie powikłań. Stwarzają one także większe ryzyko zgonów u pacjentów leczonych onkologicznie na przykład na skutek niewydolności krążeniowo-oddechowej, niedotlenienia komórek czy owrzodzeń ran.

Możliwe do rozważenia jest również wprowadzenie leczenia żywieniowego preparatami medycznymi na okres 5–7 dni przed zabiegiem, oczywiście pod kontrolą specjalisty. Pierwszą grupę takich preparatów stanowią produkty z dużą ilością białka dedykowane pacjentom z potencjalnym ryzykiem niedożywienia oraz przygotowywanym do rozległych zabiegów operacyjnych. Druga to produkty immunomodulujące z arginina, glutamina, kwasami tłuszczowymi omega-3, nukleotydami oraz związkami antyoksydacyjnymi poprawiające pracę układu odpornościowego i zmniejszające stany zapalne.

Każda z omawianych interwencji wymaga jednak konsultacji w poradni dietetycznej, do której pacjenci coraz częściej mają dostęp, lub chociaż rozmowy z lekarzem. Dzięki temu łatwiej będzie ocenić dotychczasowy sposób żywienia pacjenta i nakierować go na ewentualne zmiany, jakie należy wprowadzić w okresie przygotowawczym.

---

## Literatura

- Banasiewicz T. i in., Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2023, t. 95, nr 4.
- Jese P., Wojtera B., Banasiewicz T., Prehabilitacja – obecna rola w chirurgii, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2022, t. 94, nr 3.
- Mogilko N., Zarzeczny P., Rola diety w prehabilitacji, „Postępy Żywienia Klinicznego” 2024, t. 19, s. 100–106.
- Treanor C., Kyaw T., Donnelly M., An international review and meta-analysis of prehabilitation compared to usual care for cancer patients, “Journal of Cancer Survivorship” 2018, vol. 12(1), pp. 64–73.

# Rehabilitacja poprzedzająca zabieg mastektomii

*Agata Andrzejczak-Skrzypczak*

Rehabilitacja przed operacją piersi z powodu nowotworu (tzw. rehabilitacja przedoperacyjna) jest kluczowym elementem kompleksowego leczenia, który może znacząco poprawić wyniki operacji oraz przyspieszyć proces rekonwalescencji. Obejmuje ona przygotowanie fizyczne, psychiczne oraz edukacyjne pacjentki. Rehabilitacja ma na celu zmniejszenie powikłań pooperacyjnych, poprawę kondycji fizycznej i psychicznej oraz lepsze przygotowanie pacjentki do operacji.

## **Jakie są cele rehabilitacji przedoperacyjnej?**

**Poprawa kondycji fizycznej:** Zwiększenie siły mięśniowej, elastyczności i ogólnej wydolności organizmu, co może zmniejszyć ryzyko powikłań po operacji.

**Zmniejszenie stresu i poprawa stanu psychicznego:** Pomoc w radzeniu sobie z lękiem związanym z operacją oraz nowotworem poprzez techniki relaksacyjne, wsparcie psychologiczne i edukację.

**Przygotowanie do rehabilitacji pooperacyjnej:** Wprowadzenie ćwiczeń, które będą kontynuowane po operacji, co ułatwi powrót do pełnej sprawności.

**Zmniejszenie powikłań pooperacyjnych:** Takich jak obrzęk limfatyczny, ból i ograniczenia ruchomości kończyny górnej.

Rehabilitacja przedoperacyjna obejmuje regularne ćwiczenia fizyczne, które pomagają w utrzymaniu dobrej kondycji i poprawiają zakres ruchu. Ćwiczenia te są dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentki i mogą obejmować:

**Ćwiczenia oddechowe:** Ćwiczenia oddechowe poprawiają wydolność układu oddechowego, co jest szczególnie ważne, ponieważ operacja i znieczulenie ogólne mogą tymczasowo osłabić funkcje płuc. Musimy pamiętać o tym, że odpowiednie oddychanie pomaga także zmniejszyć napięcie emocjonalne.

**Ćwiczenia rozciągające:** Przed operacją ważne jest utrzymanie elastyczności w obrębie klatki piersiowej, mięśni ramion i karku. Rozciąganie tych obszarów pomaga w zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym, takim jak ograniczenie ruchomości ramienia.

**Ćwiczenia wzmacniające:** Wzmacnianie mięśni górnych partii ciała (ramion, barków) przygotowuje ciało do lepszego funkcjonowania po operacji.

**Ćwiczenia poprawiające zakres ruchu:** Ćwiczenia obejmujące unoszenie rąk, ruchy okrężne ramionami oraz mobilizację stawów barkowych są często używane po operacji, aby zmniejszyć ryzyko przykurczy i utraty zakresu ruchu.

Należy pamiętać o edukacji pacjentek pod kątem tego, czego mogą się spodziewać po operacji. Jest to ważnym elementem rehabilitacji. Edukacja obejmuje:

- Informowanie o przebiegu operacji i okresie pooperacyjnym. Pacjentka zostaje poinformowana o tym, jak będzie wyglądała opieka po operacji, jakie są możliwe powikłania, jak będzie wyglądała rekonwalescencja.
- Naukę samobadania piersi w celu wczesnego wykrywania ewentualnych nawrotów choroby.
- Instruktaż w zakresie opieki nad bliznami. Obejmuje on wskazówki dotyczące dbania o ranę pooperacyjną oraz minimalizowania ryzyka zakażeń i problemów z gojeniem.
- Fizjoterapię manualną. Fizjoterapia manualna, w tym delikatne masaże, może być stosowana przed operacją w celu poprawy krążenia, rozluźnienia mięśni i przygotowania tkanek do zabiegu. Jest to

szczególnie ważne dla pacjentek z większym napięciem mięśniowym w obszarze klatki piersiowej i barków.

## **Przygotowanie do zapobiegania obrzękowi limfatycznemu**

Operacja piersi, zwłaszcza jeśli obejmuje usunięcie węzłów chłonnych, może prowadzić do obrzęku limfatycznego (nagromadzenie płynów w ręce i ramieniu). Rehabilitacja przedoperacyjna obejmuje:

- Edukację na temat zapobiegania obrzękowi, np. jak unikać urazów ręki, które mogą wywołać obrzęk.
- Ćwiczenia limfatyczne, które wspierają przepływ limfy i zmniejszają ryzyko obrzęku.

## **Jakie są korzyści rehabilitacji przedoperacyjnej?**

- **Zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych** – lepsza kondycja fizyczna pacjentki, mniejsze ryzyko przykurczów czy ograniczenia zakresu ruchu.
- **Szybsza rekonwalescencja** – pacjentki lepiej przygotowane fizycznie i psychicznie szybciej wracają do normalnej aktywności po operacji.
- **Poprawa jakości życia** – poprzez redukcję lęku i zwiększenie pewności co do przebiegu operacji oraz tego, jak sobie radzić z jej skutkami.
- **Lepsze przygotowanie do rehabilitacji pooperacyjnej** – pacjentki uczące się już przed operacją ćwiczeń i technik, które będą wykonywać po zabiegu, łatwiej wdrażają się w proces rehabilitacji pooperacyjnej.

Rehabilitacja przed operacją piersi z powodu nowotworu to kompleksowy proces, który przygotowuje pacjentkę fizycznie, psychicznie i emocjonalnie do zabiegu. Dzięki odpowiednio dobranym ćwiczeniom, wsparciu psychologicznemu i edukacji pacjentka ma większe szanse na szybszy powrót do zdrowia i mniejsze ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Musimy jednak pamiętać, że każda pacjentka jest inna i że do każdej pacjentki musimy podchodzić zawsze indywidualnie.

# Pomoc socjalna w chorobie nowotworowej

*Grażyna Durbacz*

Rozpoznanie choroby onkologicznej nie zawsze jest jedynym czynnikiem, który kwalifikuje osobę do korzystania z systemu wsparcia socjalnego czy instytucjonalnego. Aby łatwiej było poruszać się w gąszczu istniejących przepisów i praw, warto zawniczasu poznać najważniejsze aspekty takiego wsparcia. Jednocześnie należy przygotować się na szereg trudności, jakie mogą wiązać się z jego pozyskaniem. Dlatego tak ważny jest krąg osób, które mogą nam w tej drodze towarzyszyć.

## **Masz prawo prosić o pomoc!**

Jeżeli mamy trudną sytuację, potrzebujemy pomocy i nie potrafimy sami ocenić swojej sytuacji w kontekście prawa do świadczeń, warto zwrócić się do pracownika socjalnego w placówce ochrony zdrowia lub w pobliskim ośrodku pomocy społecznej, który pomoże nam zarówno w ocenie sytuacji, jak i załatwieniu formalności.

W wielu przypadkach choroba skutkuje brakiem możliwości podjęcia lub kontynuacji pracy. Walka z chorobą to wysiłek nie tylko dla organizmu, ale także dla domowego budżetu. Dlatego pacjenci onkologiczni mogą w takim przypadku liczyć na **zasiłek chorobowy**, który będzie wypłacany przez maksymalnie 182 dni w ciągu roku w wysokości 80% wynagrodzenia.

Zwolnienia mogą wystawiać zarówno lekarze prowadzący – chirurdzy, onkolodzy – jak i lekarze rodzinni. Gdy pacjent pobiera zasiłek

chorobowy przy chorobie nowotworowej, ale po upływie 182 dni stan zdrowia wciąż nie pozwala mu na powrót do pracy, ma prawo do złożenia wniosku o przyznanie **świadczenia rehabilitacyjnego**. Przysługuje ono osobom, w przypadku których dalsze leczenie bądź rehabilitacja dają szansę na odzyskanie zdolności do pracy i może być wypłacane przez maksymalnie 12 miesięcy.

Konieczne jest złożenie wniosku na druku ZUS Np-7, można zrobić to na 6 tygodni przed końcem zwolnienia lekarskiego. W ciągu pierwszych 3 miesięcy wysokość świadczenia wynosi 90% podstawy zasiłku chorobowego (a więc kwoty stanowiącej 80% pensji), później zmniejsza się do 75% podstawy. Środki powinny zostać przekazane do 60 dni od dnia złożenia wniosku przez pacjenta onkologicznego. Co ważne, podczas pobierania takiego wsparcia finansowego osoba chorująca na raka nie może świadczyć pracy – to samo dotyczy okresu pobierania zasiłku chorobowego. Inaczej traci ona prawo do wspomnianych świadczeń. Decyzję dotyczącą przyznania świadczenia rehabilitacyjnego podejmuje lekarz orzecznik ZUS. Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobom, które są uprawnione do:

- emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,
- zasiłku przedemerytalnego,
- zasiłku dla bezrobotnych,
- urlopu na poratowanie zdrowia,
- świadczenia przedemerytalnego.

Obecnie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa, regulowane odrębnymi ustawami, które prowadzone są przez różne instytucje:

- do celów rentowych (lekarze orzecznicy oraz komisje lekarskie ZUS, KRUS),
- do celów pozarentowych (orzecznictwo prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności).

## **Co musisz zrobić, aby uzyskać rentę z tytułu niezdolności do pracy**

Aby otrzymać **rentę**, musisz złożyć wniosek (ERN). Można go pobrać w placówce ZUS lub na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl) w zakładce „Wzory formularzy – emerytury, renty”. Wniosek może złożyć w twoim imieniu przedstawiciel ustawowy lub osoba, którą do tego upoważnisz.

Wniosek możesz: złożyć w każdej placówce ZUS, wysłać pocztą albo kurierem, złożyć za pośrednictwem płatnika składek (np. pracodawcy) albo w polskim urzędzie konsularnym, a także złożyć elektronicznie przez Platformę Usług Elektronicznych (PUE) ZUS na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl).

*Do wniosku o przyznanie renty należy dołączyć:*

- zaświadczenie o stanie zdrowia (formularz OL-9), które wypełni lekarz prowadzący twoje leczenie,
- dokumentację medyczną z przebiegu leczenia, którą już masz,
- wywiad zawodowy (formularz OL-10), który wypełni twój płatnik składek (np. pracodawca), jeżeli jesteś zatrudniony,
- informację o okresach składkowych i nieskładkowych (druk ERP-6) albo formularz unijny E 207 PL – jeśli masz ubezpieczenie zarówno w Polsce, jak i w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE) albo Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- dokumenty, które potwierdzą okresy składkowe i nieskładkowe (np. świadectwa pracy, zaświadczenia o zatrudnieniu, legitymację ubezpieczeniową),
- zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu i wynagrodzeniu (pracodawca może skorzystać ze wzoru zaświadczenia ERP-7), legitymację ubezpieczeniową zawierającą odpowiednie wpisy lub inny dokument, na podstawie którego można ustalić wysokość wynagrodzenia, dochodu, przychodu lub uposażenia.

Jeżeli twój stan zdrowia, potwierdzony w zaświadczeniu lekarskim, uniemożliwia ci osobiste zgłoszenie się na badanie, za twoją zgodą może się ono odbyć w miejscu, w którym przebywasz.

Jakie warunki trzeba spełniać, aby otrzymać świadczenie rentowe? Świadczenie to przysługuje ci, gdy:

- jesteś osobą niezdolną do pracy,
- nie masz ustalonego prawa do emerytury,
- masz wymagany odpowiedni staż (okresy składkowe i nieskładkowe) do swojego wieku:
  - **rok** – jeśli stajesz się osobą niezdolną do pracy przed ukończeniem 20 lat,
  - **2 lata** – jeśli masz ponad 20 lat, ale nie więcej niż 22 lata,
  - **3 lata** – jeśli masz ponad 22 lata, ale nie więcej niż 25 lat,

- **4 lata** – jeśli masz ponad 25, ale nie więcej niż 30 lat,
- **5 lat** – jeśli stajesz się osobą niezdolną do pracy, gdy masz ponad 30 lat.

Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Postępowanie w sprawie orzeczenia niezdolności do pracy jest dwuinstancyjne. W I instancji orzeka lekarz orzecznik ZUS, natomiast w II instancji – komisja lekarska ZUS. Jeśli nie zgadzasz się z orzeczeniem lekarza orzecznika, masz prawo wnieść sprzeciw od tego orzeczenia do komisji lekarskiej ZUS. Masz na to 14 dni, od kiedy otrzymasz orzeczenie.

Jeśli masz prawo do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) albo spełniasz warunki, aby ją uzyskać, nie masz prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy (emerytura powszechna – przyznana kobiecie, która ukończyła 60 lat lub mężczyźnie, który ukończył 65 lat; emerytura w wieku niższym niż powszechny wiek emerytalny, tj. emerytura częściowa, emerytura górnicza, emerytura nauczycielska, wcześniejsza emerytura dla matek opiekujących się dziećmi, które wymagają stałej opieki).

Emerytura pomostowa i nauczycielskie świadczenie kompensacyjne nie wykluczają prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Każdy rencista może podjąć pracę lub rozpocząć prowadzenie działalności gospodarczej. Jedynym ograniczeniem jest osiągnięcie przez rencistę zbyt wysokich przychodów, co może skutkować zmniejszeniem wysokości wypłacanej renty, a nawet zawieszeniem wypłaty świadczenia w całości.

## **Orzeczenie o niepełnosprawności**

Organem uprawnionym do wydania orzeczenia jest właściwy miejscowo powiatowy lub miejski zespół do spraw orzekania

o niepełnosprawności. Orzeczenie wydawane jest na podstawie następujących dokumentów:

- wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – weź w zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności albo pobierz ze strony internetowej zespołu,
- zaświadczenie lekarskie o twoim stanie zdrowia – weź w zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności albo pobierz ze strony internetowej zespołu. Zanieś zaświadczenie do lekarza, u którego się leczysz, i poproś, żeby je wypełnił. Jest ono ważne 30 dni kalendarzowych od dnia, w którym lekarz je wypełni,
- dokumenty, które potwierdzają twój stan zdrowia: dokumentację medyczną – na przykład karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentację z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych,
- inne dokumenty, które mogą mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Jeśli chcesz otrzymać **legitymację osoby niepełnosprawnej**, przygotuj dodatkowo:

- wniosek o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej – weź w zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności albo pobierz ze strony internetowej zespołu,
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Czym jest **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**? Jest formalnym potwierdzeniem, że jesteś osobą niepełnosprawną. Na jego podstawie możesz starać się o różne świadczenia, ulgi i uprawnienia. Są to między innymi:

- dofinansowania do: uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze czy też do likwidacji barier architektonicznych,
- likwidacja barier w komunikowaniu się (na przykład zakup komputera),
- przywileje w miejscu pracy, między innymi krótszy czas pracy i zakaz zatrudniania w nadgodzinach, dodatkowa przerwa w ciągu dnia oraz dłuższy urlop wypoczynkowy; osoba o statusie niepełnosprawnej może uzyskać odpowiednie zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej albo zakładzie pracy chronionej, a także uzyskać zwol-

- nienie na turnus rehabilitacyjny bez konieczności wykorzystania w tym celu urlopu wypoczynkowego,
- w przypadku pacjenta prowadzącego działalność gospodarczą lub rolniczą: możliwość skorzystania z refundacji składek na ubezpieczenie społeczne; nie musi on wówczas przerywać działalności, dofinansowanie pozwoli mu przetrwać trudny czas,
  - możliwość odliczenia w zeznaniu podatkowym kosztów związanych z leczeniem, np. zakupem leków czy wyrobów medycznych, wydatków na rehabilitację, a nawet kosztu użytkowania samochodu (jeżeli pacjent jest jego właścicielem lub współwłaścicielem), jak również kosztów turnusu rehabilitacyjnego,
  - możliwość korzystania z usług:
    - socjalnych i opiekuńczych (na przykład pomoc przy robieniu zakupów i załatwianiu spraw urzędowych, sprzątanie, gotowanie),
    - terapeutycznych,
    - rehabilitacyjnych, które są oferowane przez instytucje pomocy społecznej czy organizacje pozarządowe,
    - pocztowych.

Jeśli uzyskasz orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, pamiętaj, że nie dostaniesz świadczeń, ulg i uprawnień automatycznie. Często musisz spełnić dodatkowe warunki.

## **Stopnie niepełnosprawności**

*Lekki – możesz go otrzymać, jeśli spełnisz następujące warunki:*

- przez swój stan zdrowia masz duże ograniczenia w funkcjonowaniu i możesz pracować tylko częściowo, na przykład na pół etatu,
- masz problemy w codziennych czynnościach i potrzebujesz urządzeń, które pomagają w prawidłowym funkcjonowaniu – na przykład protezy, implantu ślimakowego, osobistej pompy insulinowej.

*Umiarkowany – możesz go otrzymać, jeśli spełnisz następujące warunki:*

- przez swój stan zdrowia jesteś osobą niezdolną do pracy zarobkowej albo potrzebujesz przystosowania stanowiska pracy do swojego schorzenia,

- potrzebujesz czasowej albo częściowej pomocy innych osób przez więcej niż 12 miesięcy.

*Znacznym – możesz go otrzymać, jeśli spełnisz następujące warunki:*

- przez swój stan zdrowia jesteś osobą niezdolną do pracy zarobkowej albo potrzebujesz przystosowania stanowiska pracy do swojego schorzenia,
- nie możesz samodzielnie funkcjonować i jesteś osobą całkowicie zależną od opieki innych osób przez więcej niż 12 miesięcy (na przykład wymagasz pielęgnacji, karmienia, mycia).

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

## **Formy zasiłków**

Podstawą prawną przyznawania zasiłków jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Wyróżniamy następujące rodzaje zasiłków:

*Zasiłek stały (z pomocy społecznej). Przysługuje on:*

- pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej,
- pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

*Zasiłek celowy (z pomocy społecznej)*

Jest on wypłacany w celu zaspokojenia niezbędnej, konkretnej potrzeby bytowej, np. pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, leczenia, kupna opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, kosztów pogrzebu, biletu kredytowego. Zasiłek może być również przyznany osobie lub rodzinie, która poniosła straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

*Specjalny zasiłek celowy (z pomocy społecznej).*

Świadczenie to może być przyznane w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium ustawowe – w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny. Świadczenie to nie podlega zwrotowi.

## **Renta socjalna**

Jakie warunki należy spełnić, aby otrzymać rentę socjalną? Przysługuje ci ona, gdy:

- jesteś osobą pełnoletnią i masz skończone 18 lat (lub nie osiągnęłaś jeszcze pełnoletniości, ale wyszłaś za mąż po ukończeniu 16 lat),
- jesteś osobą całkowicie niezdolną do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało przed ukończeniem 18 lat,
- w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 lat,
- w trakcie kształcenia w szkole doktorskiej, studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Całkowitą niezdolność do pracy i przewidywany okres jej trwania ustala lekarz orzecznik ZUS lub komisja lekarska ZUS.

Rentę socjalną można przyznać:

- na stałe – jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest trwała,
- na określony czas – jeśli całkowita niezdolność do pracy jest okresowa.

Osoba pobierająca rentę socjalną może starać się o zatrudnienie (podjęcie działalności gospodarczej), ale jeżeli osiągnie w danym miesiącu przychód przekraczający 70% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, świadczenie zostaje zawieszona.

Wniosek o przyznanie renty socjalnej możesz złożyć bezpośrednio w placówce ZUS (w miejscu zamieszkania lub innej). Druki wniosku można pobrać ze strony [www.zus.pl](http://www.zus.pl) lub w jednostce stacjonarnej ZUS. Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie o stanie zdrowia (OL-9) – wypełnia je lekarz, który cię leczy (poproś lekarza, żeby wystawił takie zaświadczenie nie wcześniej niż miesiąc przed dniem, w którym chcesz złożyć wniosek),

- inną dokumentację medyczną, która może potwierdzić twój stan zdrowia (np. wyniki badań albo karty leczenia szpitalnego); możesz dołączyć informację na druku OL-9A.

Decyzja w sprawie renty socjalnej wydawana jest w ciągu 30 dni od daty wyjaśnienia ostatniej okoliczności, która jest niezbędną do wydania decyzji.

## **Dodatek pielęgnacyjny i zasiłek pielęgnacyjny**

Na początku należy wyjaśnić, że dodatek pielęgnacyjny i zasiłek pielęgnacyjny to dwa różne świadczenia, które przysługują na podstawie innych ustaw i po spełnieniu warunków ściśle w nich określonych. W obu przypadkach inny jest płatnik tychże świadczeń, ale także organ ustalający prawo do ich otrzymania.

**Dodatek pielęgnacyjny** – przysługuje na zasadach i w wysokości określonych w przepisach emerytalnych. Zgodnie z tymi przepisami dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli została ona uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. Organem przyznającym i wypłacającym to świadczenie jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

**Zasiłek pielęgnacyjny** – przyznaje się go w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Wypłaca go urząd miasta lub gminy, w których realizowane są świadczenia rodzinne (po uprzednim złożeniu wniosku). Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia,
- osobie, która ukończyła 75 lat.

## **Świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji**

Świadczenie uzupełniające przysługuje osobie, która: nie jest uprawniona do emerytury ani renty i nie ma ustalonego prawa do innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych lub ma takie świadczenia (ale ich łączna kwota brutto nie przekracza określonej przez ustawodawcę wysokości).

Aby otrzymać świadczenie uzupełniające, musisz złożyć wniosek. Druk ESUN można pobrać w placówce ZUS lub pobrać ze strony internetowej [www.zus.pl](http://www.zus.pl). Wniosek możesz złożyć w ZUS lub przesłać pocztą. Do wniosku o świadczenie uzupełniające dołącz:

- orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
- orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej – tj. orzeczenie wydane przed 1 września 1997 r. przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, jeśli nie upłynął okres, na jaki orzeczono inwalidztwo.

## **Świadczenie wspierające**

Świadczenie wspierające będzie przysługiwać bez względu na dochód, będzie zwolnione z podatku dochodowego i nie będzie mogło zostać zajęte przez komornika. Jest ono przeznaczone dla osób, które:

- ukończyły 18 lat,
- otrzymały decyzję WZON (Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności), w której poziom potrzeby wsparcia został ustalony na uprawniającym poziomie punktów (w 2024 r. wyłącznie od 87 do 100 pkt).

Aby ubiegać się o świadczenie wspierające, trzeba złożyć wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON), dołączyć wypełniony kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem oraz posiadać orzeczenie o niepełnosprawności. Decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia będzie wydawana na taki sam okres, na jaki dana osoba ma orzeczenie

o niepełnosprawności, nie dłużej jednak niż na 7 lat. Komisja oceny poziomu potrzeby wsparcia może odbyć się np. w domu osoby niepełnosprawnej albo siedzibie zespołu wojewódzkiego. Jest też możliwe inne miejsce, wyznaczone przez komisję.

### **Usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi sąsiedzkie w miejscu zamieszkania**

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania mogą być przyznane w formie usług sąsiedzkich. Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz – w miarę potrzeb i możliwości – zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Organizatorem usług sąsiedzkich jest gmina.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

### **Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**

Jest to resortowy program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej skierowany do osób z niepełnosprawnościami wymagających wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Głównym celem programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu osoby z niepełnosprawnością przez asystenta w różnych sferach życia, m.in.:

- w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej,
- w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,
- w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

## Opieka paliatywno-hospicyjna

Gdy leczenie przyczynowe już nie skutkuje, warto zainteresować się opieką paliatywną i hospicyjną. Wszystkie formy opieki paliatywnej i hospicyjnej odbywają się na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (rodzinnego, onkologa lub innego specjalisty) lub od lekarza przy wypisie ze szpitala. Decydujące o wystawieniu skierowania są wskazania medyczne. Nie może to być skierowanie wystawione z „prywatnego gabinetu”.

Opieka paliatywna i opieka hospicyjna mają uśmierzać ból i dokuczliwe objawy choroby oraz podtrzymać jakość życia pacjenta na możliwie najwyższym poziomie. NFZ finansuje kilka rodzajów takiej opieki:

- ambulatoryjną – poradnia medycyny paliatywnej (konsultacje lekarskie, pomoc pielęgniarska, wsparcie psychologa, także dla opiekunów),
- stacjonarną – hospicjum lub oddział medycyny paliatywnej w szpitalu (piecza lekarzy i pielęgniarek, ale też psychologa i rehabilitanta, leczenie farmakologiczne bólu i innych objawów somatycznych, zapobieganie powikłaniom, dostęp do wyrobów medycznych koniecznych do wykonania świadczenia, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum lub oddziale medycyny paliatywnej),
- domową – hospicjum domowe. Z hospicjum domowego może skorzystać pacjent, który wymaga opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jednocześnie jego stan zdrowia, warunki zamieszkania i zaangażowanie bliskich w opiekę pozwalają mu na pobyt w domu. W ramach opieki pacjentowi przysługuje pomoc i wsparcie lekarza co najmniej 2x w miesiącu, pielęgniarki co najmniej 2x w tygodniu, psychologa i fizjoterapeuty. Ponadto opieka obejmuje podawanie leków, leczenie bólu i innych objawów, zapobieganie powikłaniom, bezpłatne wypożyczenie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego (np. inhalatorów, glukometru, wózka inwalidzkiego, kul, sprzętu do pomiaru ciśnienia

krwi), a także badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym.

### **Toruńskie świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami**

W latach 2024–2028 będzie kontynuowana pomoc dla osób z niepełnosprawnościami. Osoby dorosłe oraz rodziny wychowujące dzieci z niepełnosprawnościami, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, będą mogły pobierać świadczenia w wysokości 200 zł miesięcznie. Taka kwota świadczenia będzie obowiązywać w 2024 r., natomiast w kolejnych latach Rada Miasta Torunia będzie podejmować decyzje o wysokości świadczenia, jednak w kwocie nie niższej niż 200 zł.

### **Przydatne strony internetowe**

[www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-spoecznej](http://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-spoecznej)

[www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-stopniu-niepelnosprawnosci](http://www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-stopniu-niepelnosprawnosci)

[www.zwrotnikraka.pl/category/psychoonkologia/pomoc-socjalna-praca-finanse](http://www.zwrotnikraka.pl/category/psychoonkologia/pomoc-socjalna-praca-finanse)

[www.zus.pl](http://www.zus.pl)

# Życie z rakiem. Doświadczenia i spostrzeżenia lekarza onkologa

*Mieszko Białas*

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w Polsce i na świecie. W Polsce skalę tego problemu określa liczba nowych zachorowań – około 170 tys. – oraz liczba zgonów – ponad 100 tys. Obecnie ponad 1,17 mln Polaków żyje z chorobą nowotworową. Szacuje się, że pod koniec drugiej dekady XXI w. na każde 100 tys. polskiej populacji co roku u około 440 osób zdiagnozowano nowotwór, a ponad 3 tys. żyło z chorobą nowotworową zdiagnozowaną w ciągu ostatnich 10 lat. Częstość występowania nowotworów wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem 10-krotnie co dwie–trzy dekady życia. Nowotwory są drugą w kolejności przyczyną zgonu w Polsce (po chorobach układu krążenia), odpowiadają za około 25% zgonów. Udział nowotworów jako przyczyny zgonu jest uzależniony od wieku. W najmłodszej grupie wiekowej (0–19 lat) nowotwory stanowią około 6–7% przyczyn zgonów (nieco częściej wśród chłopców). Choroby nowotworowe stały się dominującą przyczyną zgonów kobiet młodych i w średnim wieku. W połowie drugiej dekady XXI w. spowodowały 33% przedwczesnych zgonów w grupie wiekowej 20–44 lat i około 50% w grupie 45–64 lat (choroby układu krążenia były odpowiedzialne za 25% zgonów w tej grupie wiekowej). Wśród mężczyzn w wieku średnim nowotwory odpowiadają za około 33% zgonów, a w starszym wieku (65 i więcej lat) za 20%.

Do głównych czynników rakotwórczych wpływających na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy zaliczamy:

palenie tytoniu,

- nieodpowiednią dietę i sposób odżywiania,
- brak aktywności fizycznej,
- zakażenia i wirusy (HPV, EBV, WZW, HIV),
- czynniki zawodowe,
- ryzykowne zachowania seksualne, dzietność,
- nadużywanie alkoholu,
- zanieczyszczenie środowiska.

## Diagnoza

Bywa mniejszym lub większym szokiem. Reakcja na diagnozę zależy od indywidualnych predyspozycji, odporności na stres oraz od środowiska, w którym żyjemy, tj. rodziny, znajomych. Mam tu na myśli wsparcie najbliższych w sposób adekwatny do zaistniałej sytuacji zdrowotnej członka rodziny. Spotykam się zarówno z rodzinami, które od samego początku na etapie diagnozy mają dość spokojne nastawienie, jak i takimi, które reagują przesadnie emocjonalnie lub wręcz panikują. Na szczęście tych drugich jest zdecydowanie mniej.

Moim zdaniem bardzo istotną kwestią jest to, w jaki sposób lekarz przekazuje informację o diagnozie. Nie powinno się niczego ubarwiać ani wzbudzać bezpodstawnej nadziei. Należy być uczciwym w stosunku do pacjenta i jego rodziny. Te same aspekty dotyczą najbliższych. Oprócz samej treści, wiedzy ważna jest też forma jej przekazania. Inaczej rozmawia się z dzieckiem, a inaczej z młodymi dorosłymi albo osobami starszymi. Wszystkich łączy natomiast wspólny mianownik – szczerść. Potrzebne są uczciwa komunikacja z chorym i rodziną, zwrócenie uwagi na sygnały świadczące o tym, jakich informacji oczekuje chory, a także realistyczne podtrzymywanie nadziei, że leczenie może np. poprawić jakość życia na pewien czas.

## Rodzaje leczenia onkologicznego

W onkologii wyróżnia się następujące rodzaje leczenia:

- Leczenie radykalne, prowadzące do wyleczenia pacjenta przez zniszczenie wszystkich komórek nowotworowych w jego organizmie.
- Leczenie paliatywne, prowadzące do złagodzenia objawów powodowanych przez nowotwór oraz do wydłużenia pozostałego okresu przeżycia chorego.
- Leczenie miejscowe, czyli leczenie nowotworu znajdującego się tylko w wybranym obszarze ciała – w danym narządzie i ewentualnie jego okolicach.
- Leczenie systemowe, czyli leczenie, któremu jest poddawany cały organizm chorego.
- Leczenie samodzielne – leczenie tylko jedną z dostępnych obecnie metod leczenia onkologicznego.
- Leczenie skojarzone – leczenie więcej niż jedną z dostępnych obecnie metod leczenia onkologicznego.

## Porady dla pacjentów i ich bliskich

Warto zapoznać się z podstawowymi informacjami dotyczącymi fizjologii i biochemii naszego organizmu. Pozwoli to zrozumieć zróżnicowane reakcje naszego organizmu na różne substancje. Wiedza da nam pewność siebie, zmniejszy lęk, a także doda nam sił do przejścia przez chorobę.

Nie obawiajmy się dopytywać lekarzy prowadzących o szczegóły terapii (rodzaj i czas trwania leczenia, skutki uboczne, wpływ na codzienne funkcjonowanie) – wiedza na temat przebiegu leczenia pozwoli na lepszą organizację życia prywatnego.

Należy wspomnieć lekarzowi prowadzącemu o innych stosowanych przez chorego terapiach, suplementach, ziołach. Warto sprawdzić, jaka jest główna substancja czynna w danym suplemencie czy ziołach, jak ta substancja działa na organizm i jakie są jej skutki uboczne. Jest to istotne, ponieważ leki stosowane w onkologii mogą mieć podobne działanie, co może skutkować zwiększoną reakcją na dany lek, tj. zwiększać lub zmniejszać jego działanie. Lekarze coraz odważniej podchodzą to tzw. medycyny niekonwencjonalnej/naturalnej, widząc jej dobroczynny

wpływ na ludzki organizm w połączeniu z klasycznymi metodami leczenia.

Zadbajmy o żywienie. Jest to bardzo istotny aspekt w kontekście choroby nowotworowej. Postarajmy się o konsultację i długotrwałe wsparcie dietetyka lub poradni żywieniowej jeszcze przed rozpoczęciem terapii.

Poszukajmy lokalnych fundacji, które wspierają osoby chore i ich rodziny na każdym etapie choroby.

Poprośmy bliskich, by towarzyszyli nam podczas wizyt lekarskich. Badania pokazują, że pacjent w stresie zapamiętuje z wizyty około 30% informacji. Towarzysząc mu, warto notować uwagi i zalecenia personelu medycznego.

Pamiętajmy, że proces leczenia należy do zespołu medycznego, zaś „proces zdrowienia” do chorego i jego bliskiego otoczenia.

## **Dieta/żywienie – porady i ciekawostki**

Przyczynę niemal 30% nowotworów stanowi nieodpowiednia dieta. Nadmierna masa ciała jest w Polsce drugim po paleniu tytoniu czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów.

Według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) należy spożywać roślinne produkty w ilości co najmniej 400 g dziennie, najlepiej w pięciu porcjach. Zaleca się, aby każdego dnia spożywać przynajmniej 5 porcji (400–600 g) niskoskrobiowych warzyw i owoców, z czego przynajmniej 3/4 powinny stanowić warzywa, a 1/4 owoce. Do warzyw niskoskrobiowych zaliczane są m.in. sałata, ogórek, pomidory, kapusta, brokuły, kalafior, jarmuż, kalarepa, kapusta kiszona, boćwina, papryka, rzepa, szparagi, szpinak, cykoria, seler naciowy, cebula, czosnek, pietruszka, rzodkiewka, por. Według najnowszych rekomendacji WHO ilość czerwonego mięsa spożywanego tygodniowo powinna wynosić od 150 do 200 g, zaś białego 500 g. Według danych w Polsce spożywane jest trzykrotnie więcej mięsa niż zaleca WHO.

Dieta ma ogromne znaczenie w chorobie nowotworowej i stanowi ważny element terapii przeciwnowotworowej. Dlatego wsparcie żywieniowe chorego w tym trudnym okresie zwiększa jego szanse na ukończenie leczenia zgodnie z planem, a tym samym na wyzdrowienie. Należy podkreślić, że odpowiednio dobrana dieta służy nie tylko pozbyciu się uczucia głodu, ale przede wszystkim dostarczeniu właściwych,

prawidłowych substancji odżywczych. Rozwój nowotworu w organizmie oraz leczenie przeciwnowotworowe, takie jak operacja, chemioterapia, radioterapia sprawiają, że chorzy są szczególnie podatni na wystąpienie niedoborów żywieniowych.

Najbliżsi muszą pamiętać, że osoba chora na nowotwór w różnym okresie trwania choroby może demonstrować tak zwane „zachcianki dietetyczne”. Inaczej będzie funkcjonować osoba w dobrej kondycji, która rokuje trwałe wyleczenie, a inaczej osoba w paliatywnej, terminalnej fazie choroby. Te „zachcianki” mogą objawiać się zarówno niechęcią do jedzenia w ogóle, jak i jedzeniem wybiórczym lub chęcią spożywania konkretnych produktów. Na tym etapie ważne jest wsparcie rodziny/najbliższych. Rodzina nie powinna się frustrować, zmuszać chorego do jedzenia, powinna raczej słuchać jego potrzeb, a także lekarza prowadzącego zasadnicze leczenie onkologiczne oraz lekarzy innych specjalności, zwłaszcza specjalistów medycyny paliatywnej. Należy zadbać o:

- Odpowiednią ilość białka – pacjenci onkologiczni powinni otrzymać **1,2–1,5 g białka/kg masy ciała**. Dobrym źródłem białka są chude mięso, ryby, jaja, produkty mleczne, np. twarogi.
- Odpowiednią ilość składników odżywczych – udział poszczególnych składników w zaspokajaniu potrzeb energetycznych powinien wynosić: **35–50% węglowodanów, 30–50% tłuszczów, 15–20% białka**.
- Ilość posiłków – **5 posiłków** rozłożonych w ciągu dnia. Jeżeli chory nie może spożywać większych objętościowo posiłków, to można je rozłożyć na większą ilość mniejszych porcji (co 2 godziny).
- Łatwostrawność – należy **uniknąć produktów smażonych, wędzonych, wzdymających** (rośliny strączkowe, cebula, czosnek).
- Przyprawy – dodatki wpływające na apetyt i walory smakowe **powinny być łagodne**: pietruszka, koperek, bazylia, tymianek, goździki, cynamon, mięta, wanilia.
- Płyny – **około 2 l na dobę**. Zaleca się wodę mineralną niegazowaną, słabe napary, koktajle owocowo-warzywne.

W praktyce klinicznej objawy niedożywienia lub zaburzeń związanych z przyswajaniem zbilansowanej ilości pokarmów występują u 30–85% pacjentów. Najczęstszymi przyczynami niedożywienia w chorobie nowotworowej są:

- zaburzenia odżywiania drogą doustną (brak łaknienia, nowotwór w przewodzie pokarmowym),

- zaburzenia wchłaniania lub trawienia,
- zaburzenia procesów metabolicznych,
- nasilenie przez nowotwór reakcji zapalnych,
- zwiększenie zapotrzebowania i wydatku energetycznego organizmu,
- niepożądane działanie leczenia onkologicznego.

Dieta doustna powinna w pełni pokryć zapotrzebowanie na energię i białko oraz mikroskładniki. Jeśli osiągnięcie tego celu nie jest możliwe codzienną dietą, należy wesprzeć chorego żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP, *food for special medical purpose*). Ważne, aby już w czasie diagnozy zgłosić się po poradę dietetyczną, a następnie korzystać z tego rodzaju pomocy także w trakcie terapii. Preparaty FSMP występują w różnych postaciach, np. koktajli mlecznych, soków czy proszku. Powszechnie dostępne są także produkty naśladujące wyroby spożywcze, takie jak batoniki, zupki, ciasteczka. Rodzaj i ilość spożywanych preparatów będzie zależęć od sytuacji klinicznej chorego. Niezwykle istotne jest poinformowanie pacjenta i jego rodziny, w jakim celu i w jaki sposób należy przyjmować tego rodzaju żywność. Preparaty należy pić powoli (nawet do godziny), małymi porcjami, najlepiej rozcieńczone z wodą lub innym ulubionym płynem w stosunku 1:1. Istotną zaletą FSMP jest to, iż można te produkty mieszać z żywnością lub przyjmować bezpośrednio wedle preferencji chorego. Nie zaleca się natomiast stosowania niezbilansowanych i restrykcyjnych diet (okresowe głodówki, dieta ketogeniczna) oraz niekontrolowanego przyjmowania suplementów.

U chorych na nowotwory obserwuje się zwiększone zapotrzebowanie m.in. na białko, kwasy tłuszczowe omega-3 i antyoksydanty (w tym np. witaminy C, E, beta-karoten, selen, miedź, magnez i mangan). Należy przy tym pamiętać, że źródłem wszystkich składników odżywczych powinna być przede wszystkim prawidłowo zbilansowana dieta (wyjątek stanowi witamina D<sub>3</sub>). Stosowanie suplementów wskazane jest wyłącznie w stanach udowodnionego niedoboru, na podstawie badania stężenia danej substancji we krwi lub objawów klinicznych świadczących o jej niedoborze, ewentualnie, gdy wiadomo, że stosowane leczenie może być związane z wystąpieniem niedoboru konkretnego składnika.

## Produkty i potrawy, które poprawiają apetyt

### Napoje

- Przejrzyste soki owocowe (np. sok jabłkowy)
- Soki warzywne
- Niegazowane napoje smakowe
- Koktajle owocowe
- Słaba herbata
- Kakao lub mleko z czekoladą
- Jogurty (naturalne, waniliowe)

### Przekąski

- Ciasta i ciasteczka wykonane z pełnego ziarna, owoców, orzechów
- Lody owocowe, sorbet (bez drobin)
- Landrynki, galaretki
- Miód, musli, krakersy
- Kawałki owoców
- Kostki lub plastry miękkiego sera

### Zupy

- Rosół
- Miksowane zupy warzywne
- Gulasze
- Jedzenie dla dzieci

### Dania główne

- Sałatki (np. jajeczna)
- Makarony
- Duszone, pieczone, gotowane mięso drobiowe, ryby
- Warzywa (gotowane, na parze, duszone na wodzie z oliwą)

## Dobre rady

Przy utrudnionym połykaniu jedz produkty miksowane.

Ważne jest zachowanie 5–6 posiłków w ciągu dnia.

Przy mdłym lub drażniącym zapachu potraw zamykaj pojemniki z żywnością, pij przez słomkę z przykrytego kubka.

Kolory czerwony i żółty pobudzają zmysł wzroku, które oprócz smaku i powonienia wpływają na łaknienie.

Jeśli masz metaliczny posmak w ustach, używaj plastikowych sztućców.

## Aktywność fizyczna

Osoby chore na nowotwory mogą i powinny wykonywać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych we wszystkich stadiach choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia. O aktywność fizyczną należy dbać po zabiegu operacyjnym, w trakcie radio- i chemioterapii, zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo oraz paliatywnie (w celu łagodzenia objawów). Powinna ona być dostosowana do możliwości oraz sprawności i wydolności chorego. Ćwiczenia fizyczne nie tylko poprawiają sprawność psychofizyczną, ułatwiają i przyspieszając powrót do pełnej aktywności życiowej, ale także zwiększają odporność organizmu i poprawiają tak ważny w leczeniu stan psychiczny pacjenta. Wyniki badań wskazują, że u osób aktywnych i sprawnych fizycznie ryzyko wystąpienia lub nawrotu nowotworu i przedwczesnej śmierci jest znacznie mniejsze (nawet o 50%).

## Fizykoterapia/rehabilitacja

Nie ma jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających, że stosowanie fizykoterapii w trakcie leczenia onkologicznego może zwiększać ryzyko nawrotu lub progresji nowotworów. Jednocześnie nie zostały sprecyzowane ograniczenia do stosowania fizykoterapii w onkologii.

Planując wdrożenie fizykoterapii, dużą ostrożność należy zachować w przypadku chorób układowych (np. białaczek i chłoniaków) oraz nowotworów o dużej dynamice rozwoju i wysokim stopniu zaawansowania i złośliwości.

Przyjmuje się zazwyczaj 5 lat jako względnie bezpieczny okres, po upływie którego czynniki fizykalne mogą być stosowane u osób po leczeniu nowotworów złośliwych. To kryterium wynika jednak raczej z zasad onkologicznych, według których przeżycie 5 lat bez cech nawrotu lub rozstępu choroby można uznać za wyleczenie chorego.

Podkreślić należy, że przeciwwskazane jest stosowanie zabiegów fizykalnych w obszarze leczenia nowotworu lub przyległych okolic. Z dużą ostrożnością należy także wykorzystywać metody bodźcowe o silnym działaniu ogólnoustrojowym (np. sauny lub krioterapię ogólnoustrojową).

## Palenie tytoniu

Szacuje się, że palenie tytoniu odpowiada za niemal 30% wszystkich zgonów spowodowanych nowotworami. Od lat 60. ubiegłego wieku pojawiły się istotne dowody potwierdzające wpływ palenia na powstawanie niektórych nowotworów, między innymi raka płuca, raka jamy ustnej, gardła, pęcherza, przełyku, nerki, raka żołądka i raka trzustki. Należy tu podkreślić, iż ryzyko to dotyczy zarówno aktywnych, jak i biernych palaczy. W pomieszczeniach zanieczyszczonych dymem tytoniowym krążą te same substancje chemiczne, co w dymie wdychanym przez czynnego palacza tytoniu. W dymie tytoniowym znajduje się około 4000 substancji o uznanym działaniu rakotwórczym, w tym związki z grupy wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (np. benzopiren), nitrozoaminy, aminy aromatyczne, pochodne fenolu, katechole i związki niektórych metali ciężkich.

## Profilaktyka nowotworowa

Profilaktyka nowotworowa to bardzo szeroki zakres działań związany z ochroną przed nowotworami. Wyróżnia się kilka rodzajów profilaktyki: pierwotną, wtórną i trzeciorzędową.

**Profilaktyka pierwotna (I fazy).** Działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka pierwotna to m.in. szczepienia ochronne oraz edukacja zdrowotna.

**Profilaktyka wtórną (II fazy).** Polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowaniu. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo.

**Profilaktyka trzeciorzędowa (III fazy).** Dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami.

## Profilaktyka pierwotna – szczepienia ochronne

Udowodniono, iż wiele wirusów jest związanych z powstawaniem nowotworów złośliwych. Około 18% nowotworów w populacji światowej przypisuje się zakażeniom wirusowym, bakteryjnym i pasożytniczym. W Unii Europejskiej dotyczy to 10% nowotworów, w tym przede wszystkim raka szyjki macicy, raka wątroby, raka żołądka oraz niektórych nowotworów układu krwionośnego. Największe znaczenie w onkogenezie mają wirusy DNA: wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), wirus Epsteina-Barr (EBV) oraz wirusy RNA: wirus zapalenia wątroby typu C (HCV), ludzkiej białaczki T-komórkowej typu 1 (HTLV-1) i typu 2 (HTLV-2).

Szczepienia pomagają w ochronie przed nowotworami. Obecnie dostępne są szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV) oraz wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest bardzo skuteczne, pozwala obniżyć ryzyko zachorowania o ponad 90%, a tym samym uchronić przed zachorowaniem na raka wątrobowokomórkowego. Nie dotyczy to zachorowania na inne typy wirusa oraz na raka spowodowanego toksycznym uszkodzeniem wątroby przez alkohol, leki itp.

Drugą dostępną szczepionką jest szczepionka przeciw HPV – ludzkiemu wirusowi brodawczaka. To najskuteczniejsza i najbezpieczniejsza metoda ochrony przed chorobami nowotworowymi wywoływanymi przez HPV takimi jak: nowotwory żeńskich i męskich narządów płciowych oraz jamy ustnej i gardła. W Polsce istnieje program szczepień skierowany do chłopców i dziewczynek w wieku od 9 do 14 lat. Można je wykonać w szkole lub w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) bezpłatnie i dobrowolnie. Należy pamiętać, iż nie istnieje w tej chwili lek, który powoduje wyleczenie zakażenia HPV.

Szczepienie przeciw HPV należy zalecać również kobietom diagnozowanym i leczonym z powodu stanów przedrakowych szyjki macicy, gdyż mogą one odnieść korzyści w postaci niższego ryzyka nawrotu zmian chorobowych. Aktualne zalecenia rekomendują szczepienia nastoletnich dziewcząt i chłopców. Szczepienie można także wykonać w późniejszym wieku, jednak najlepiej przed inicjacją seksualną, czyli możliwym kontaktem z wirusem HPV. Skuteczność takiego postępowania jest wówczas największa. Szczepiąc osoby aktywne seksualnie, należy pamiętać, iż część z nich może być już zakażona wirusem HPV,

stąd możliwa niższa skuteczność kliniczna. Szczepionka nie wpływa na już istniejące zakażenia HPV i zmiany, do których mogły doprowadzić.

## Profilaktyczne badania przesiewowe w Polsce

Badanie przesiewowe (badanie skriningowe, skrining) to profilaktyczne badanie przeprowadzane wśród osób niemających objawów danej choroby w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, co zapobiega poważnym następstwom tej choroby w przyszłości.

**Mammografia.** Badanie za pomocą promieni rentgenowskich pozwala wykryć raka piersi we wczesnym stadium rozwoju – w fazie, podczas której nie ma żadnych niepokojących objawów. Bezpłatną mammografię mogą wykonać kobiety między 45 a 74 rokiem życia raz na 2 lata. Można zrobić to w poradniach stacjonarnych lub w mammobusie, który dojeżdża do najodleglejszych zakątków Polski. Skierowanie nie jest potrzebne. Wystarczy zgłosić się do poradni, która wykonuje takie badania.

**Cytologia.** Rak szyjki macicy powstaje powoli z pojedynczych komórek. Kobieta nawet przez lata może nie zdawać sobie sprawy z ich obecności, ponieważ nie odczuwa żadnych dolegliwości. Takie komórki można za to wykryć pod mikroskopem, badając wymaz z szyjki macicy pobrany w trakcie cytologii. W razie znalezienia nieprawidłowych komórek rozpoczyna się leczenie, które zatrzymuje powstawanie nowotworu na bardzo wczesnym etapie. Bezpłatną cytologię mogą wykonać kobiety między 25 a 64 rokiem życia raz na 3 lata. Zrobisz to w każdej poradni położniczo-ginekologicznej, która ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), oraz w wybranych poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Nie musisz mieć skierowania. Wystarczy, że zgłosisz się do ginekologa lub położnej, którzy mają podpisaną umowę z NFZ.

**Kolonoskopia.** Podczas badania lekarz ogląda wnętrze jelit po to, by wykryć polipy. Polipy to łagodne zmiany, które bez ingerencji z biegiem czasu mogą przekształcić się w złośliwy nowotwór. Komórki rakowe mogą się rozprzestrzenić nie tylko w przewodzie pokarmowym, ale i w odległych narządach, takich jak tkanka kostna czy mózg. Podczas kolonoskopii istnieje możliwość usunięcia niektórych polipów, dzięki czemu rak jelita grubego nie ma z czego się rozwinąć. Bezpłatną kolonoskopię można wykonać między 55 a 64 rokiem życia na podstawie

zaproszenia z poradni z proponowaną datą badania. Istnieje możliwość zmiany terminu. Możesz też skorzystać z badania bez zaproszenia, jeśli spełnisz określone kryteria.

**Program badań w kierunku wykrywania raka płuca.** Program realizowany w latach 2021–2024 polegał na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. Kwalifikacji do badań dokonywali lekarze ośrodka przesiewowego lub lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Program stanowił część Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. Strategia ta obejmuje również finansowany ze środków publicznych (NFZ) program badań przesiewowych w grupach wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania nowotworów płuca (od 2025 r.), a także nowotworów gruczołu krokowego (od 2028 r.). Przewiduje także wypracowanie zasad gromadzenia i analizy danych dotyczących innowacyjnych terapii stosowanych w Polsce.

## **Autorska propozycja badań profilaktycznych dla osób dorosłych bez objawów**

Badania laboratoryjne zalecane u pacjentów dorosłych bez objawów:

- Raz w roku: morfologia, poziom glukozy na czczo, Alat, Aspat, mocznik, kreatynina, jonogram, amylaza i lipaza trzustkowa, lipidogram, TSH, FT<sub>3</sub>, FT<sub>4</sub>.
- Raz na dwa lata: ultrasonografia (USG) szyi, USG piersi u kobiet, USG jamy brzusznej, przeciwciała wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) i typu C (WZW C), u kobiet – badanie ginekologiczne z cytologią, u mężczyzn po 40 roku życia – marker PSA.
- Raz na 3 lata: po 30. roku życia niezależnie od płci gastroscopia i kolonoskopia.

## **Zachowanie płodności w trakcie leczenia onkologicznego**

Jednym z poważniejszych skutków leczenia onkologicznego jest upośledzenie funkcji rozrodczych prowadzące do czasowej lub trwałej niepłodności. Zabezpieczenie płodności u dzieci oraz dorosłych w wieku rozrodczym otrzymujących leczenie onkologiczne jest częścią podstawowej opieki onkologicznej.

Związane z leczeniem ryzyko utraty płodności oraz podejmowanie decyzji dotyczących jej zabezpieczenia powodują stres i lęk, a w przypadku zaniechania próby zachowania płodności – długotrwały żal. Komunikacja z pacjentem powinna być dostosowana do jego wieku i sytuacji życiowej oraz obejmować także jego rodzinę. Przekazywane informacje powinny dotyczyć procedur medycznych, ryzyka, korzyści, szans powodzenia i kosztów. U wszystkich pacjentów w wieku rozrodczym rozpoczynających leczenie należy w ramach wielodyscyplinarnego zespołu indywidualnie ocenić ryzyko utraty płodności. Poradnictwo powinno uwzględniać indywidualną sytuację chorego, jego płeć, rodzaj oraz stopień zaawansowania nowotworu, rodzaj planowanego leczenia oraz plany prokreacyjne.

Najpowszechniejszą metodą zachowania płodności w sytuacji zwiększonego ryzyka jej upośledzenia bądź utraty wywołanych przez terapię onkologiczną jest mrożenie komórek jajowych lub nasienia. U kobiet najczęściej stosowaną i najskuteczniejszą metodą ochrony płodności jest stymulacja owulacji oraz pobranie komórek jajowych, a następnie zamrożenie ich lub zapłodnienie i zamrożenie zarodków. Z kolei u mężczyzn najskuteczniejszą metodą zmniejszenia ryzyka bezpłodności jest zamrożenie nasienia uzyskanego na drodze masturbacji. Ważne jest, aby zabezpieczyć więcej niż jedną próbkę, a także pobrać materiał do badania wykluczającego nosicielstwo chorób zakaźnych i oceny jego jakości.

---

## Literatura

- Buonomo B, Brunello A., Noli S., et al., Tamoxifen Exposure during Pregnancy: A Systematic Review and Three More Cases, „Breast Care (Basel)” 2020, vol. 15(2), pp. 148–156.
- Gardino S. L., Jeruss J. S., Woodruff T. K., Using decision trees to enhance interdisciplinary team work: the case of oncofertility, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*” 2010, vol. 27(5), pp. 227–232.
- Kłęk S., Kapała A., Surwiłło-Snarska A. i in., Leczenie żywieniowe w Onkologii, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2024, t. 10, nr 2.
- Kufel-Grabowska J., Łukaszuk K., Błażek M. i in., Zachowanie płodności w trakcie leczenia onkologicznego, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 2024, t. 10, nr 2.
- van der Kooi A. L. L. F., Kelsey T. W., van den Heuvel-Eibrink M. M., et al., Perinatal Complications in Female Survivors of Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis, „European Journal of Cancer” 2019; vol. 111, pp. 126–137.
- Krajowy Rejestr Nowotworów.  
Polskie Towarzystwo Onkologiczne i Polska Unia Onkologii.

Poradnik dla pacjentów onkologicznych – Nutricia.

[szczepienia.pzh.gov.pl](http://szczepienia.pzh.gov.pl)

[www.sarcoma.pl](http://www.sarcoma.pl).

[www.zwrotnikraka.pl](http://www.zwrotnikraka.pl) (tu zwłaszcza: Suplementacja w chorobie nowotworowej – obalamy mity!, <https://www.zwrotnikraka.pl/suplementacja-w-chorobie-nowotworowej>).

66

Leczenie żywieniowe w trakcie leczenia onkologicznego

*Martyna Cichoń*

71

Kosmetologia w onkologii

*Dorota Rybarczyk*

84

Seksualność w chorobie nowotworowej

*Dominika Perszke*

91

Jak być przyjacielem chorego przyjaciela

*Magdalena Smorowska*

# LECZENIE



*Martyna Cichoń – Dorota Rybarczyk –  
Dominika Perszke – Magdalena Smorowska*

# Leczenie żywieniowe w trakcie leczenia onkologicznego

*Martyna Cichoń*

Żywienie pacjenta w trakcie leczenia onkologicznego jest istotnym elementem terapii nowotworowej. Liczne obserwacje i badania potwierdzają, że chory, który dba o odżywianie w czasie terapii i dostarcza organizmowi nie tylko kalorie, ale też białko, tłuszcze i węglowodany w odpowiednich proporcjach oraz witaminy i składniki mineralne niezbędne do zachodzenia wszystkich procesów, o wiele lepiej reaguje na podawane leki i chemioterapię, lżej znosi chorobę i rzadziej występują u niego powikłania. Co więcej, odpowiednio przygotowany pacjent jest w lepszej kondycji nie tylko fizycznej, ale i psychicznej, a to także przekłada się na poprawę efektów leczenia. Samo zapotrzebowanie kaloryczne u pacjenta w czasie leczenia wzrasta o nawet 20%, dlatego nawet jeśli chory zgłasza brak apetytu i ochoty na jedzenie, należy starać się dostarczyć mu jak najbardziej wartościowe posiłki, tak by nie doprowadzić do wyniszczenia organizmu.

Jak zostało napisane w rozdziale poświęconym prehabilitacji żywieniowej, nie istnieje żadna „magiczna” dieta lecząca raka. Nie ma także jednego uniwersalnego sposobu żywienia dla osób chorych. Dieta pacjenta w trakcie leczenia onkologicznego uzależniona jest między innymi od umiejscowienia nowotworu, stopnia zaawansowania choroby, czasu, jaki upłynął od diagnozy, wieku, płci, stanu odżywienia, wydolności i tolerancji organizmu, aktywności fizycznej czy też m.in. chorób współistniejących. Bardzo ważny jest również planowany model leczenia i interwencje medyczne, które mają być zastosowane u chorego,

ponieważ w dużym stopniu determinują one model wspomagania żywieniowego. Znanych jest jednak kilka ogólnych zaleceń, które warto wdrożyć w czasie terapii.

Przede wszystkim posiłki spożywane przez chorego powinny być regularne, w ilości 4–5, a niekiedy nawet 6 na dobę. Czasami dużo łatwiej jest jeść częściej mniejsze objętościowo porcje niż 2 czy 3 duże dania. Przerwy między posiłkami nie powinny wynosić więcej niż 3–4 godziny. Najważniejsze jest, aby w całodziennej racji pokarmowej pokryć wyliczone przez dietetyka zapotrzebowanie kaloryczne oraz normy na makroskładniki takie jak białko, tłuszcz i węglowodany.

Dania i przekąski należy dostosować do tolerancji pacjenta, jego możliwości spożywania posiłków oraz przygotowywać je w takiej formie, aby maksymalnie niwelować ewentualne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Istotna jest również temperatura serwowanych posiłków, nie powinny one być ani za gorące, ani za zimne. Najlepiej tolerowane są te w temperaturze pokojowej.

Ważną rolę odgrywa również zastosowana technika kulinarna. Najzdrowsze dla pacjenta w czasie leczenia są dania gotowane w wodzie, na parze, duszone, pieczone w folii i naczyniu żaroodpornym. Tak przygotowane posiłki są lepiej strawne, mniej obciążają organizm i przewód pokarmowy i ułatwiają przyswojenie składników odżywczych zawartych

w posiłku. Nie powinno się stosować smażenia w głębokim tłuszczu, grillowania, wędzenia, marynowania czy moczenia w solance. Niewskazane są również dania gotowe czy posiłki typu fast-food. Są one ciężkostrawne, zawierają dużo konserwantów, spulchniaczy, wzmacniaczy smaku, a nierzadko również tłuszczów trans i cukrów prostych, przez co znacznie obciążają przewód pokarmowy. Ponadto mogą one zawierać szkodliwe związki przemian składników odżywczych, często o niekorzystnym działaniu na organizm.

Zaleca się także, aby dieta pacjenta onkologicznego była dietą nie tylko wysokokaloryczną, ale i wysokobiałkową. Dlatego w każdym, a przynajmniej w głównym posiłku dobrze, aby znalazł się element białkowy, najlepiej o jego dużej zawartości. Bardzo dobrym źródłem białka są: chude mięsa, ryby, niskotłuszczowe sery twarogowe, jogurty, kefir, maślanekki, jajka, nasiona roślin strączkowych – o ile któregoś ze składników z jakichś przyczyn nie musimy ograniczać. Kontroli powinno podlegać

spożycie mięsa czerwonego i podrobów, między innymi ze względu na większą zawartość w nich tłuszczów.

Źródłem węglowodanów powinny być produkty zbożowe pełnoziarniste (o ile typ nowotworu nie skutkuje modyfikacją w tej kategorii), czyli przede wszystkim pełnoziarniste pieczywo, grube kasze, ryż brązowy, makarony pełnoziarniste, a także warzywa i owoce. Należy zdecydowanie wyeliminować z diety cukry proste i słodyczne. Jeżeli jednak pacjent jest w czasie chemio- czy radioterapii i musi zastosować dietę lekkostrawną, wówczas preferowane w jego żywieniu będą produkty z mąki pszennej, drobne kasze, makarony pszenne czy gotowane bądź blanszowane warzywa.

W diecie nie powinno także zabraknąć tłuszczów. Najlepiej jednak dodawać je do gotowych dań lub pod koniec ich przygotowywania, tak aby ograniczyć ryzyko ich szkodliwych przemian i uzyskać jak najlepszą ich jakość. Zaleca się także wyeliminowanie niekorzystnych tłuszczów nasyconych i izomerów trans (żywność przetworzona, tłuszcze utwardzane), a zwiększenie spożycia korzystnych kwasów tłuszczowych omega-3 i omega-6, których źródłem są nasiona, orzechy, olej lniany, rzepakowy, sojowy, oliwa z oliwek i inne.

Nie można również zapominać o regularnym spożywaniu, najlepiej codziennie w każdym głównym posiłku, warzyw i w mniejszej ilości owoców. Należy jednak dostosować formę do tolerancji organizmu. I tak w przypadku prawidłowej pracy przewodu pokarmowego można sięgać po surowe warzywa i owoce, natomiast przy stosowaniu diety lekkostrawnej najlepiej poddać je blanszowaniu, gotowaniu lub pieczeniu, obrać ze skóry, rozdrobnić czy nawet przetrzeć na mus lub zblendować. Przy problemach z trawieniem fruktozy należy zwrócić uwagę na spożywane owoce i ograniczyć te o dużej zawartości cukrów. Z kolei przy problemach z trawieniem warzyw kapustnych, cebulowych czy nasion roślin strączkowych należy ograniczyć ich spożycie w diecie aż do ustąpienia objawów.

Istotne jest również przechowywanie żywności, zwłaszcza długoterminowej. Jeżeli zauważymy ślady zepsucia, zmianę barwy, zapachu, pleśń czy inne niepokojące cechy organoleptyczne, nie należy takich składników używać w daniach. Nie powinno się także odcinać spleśniałych części czy wyrzucać z paczki zepsutych orzechów i zjadać pozostałych, tych które wyglądają na dobre, ponieważ cała partia może być źródłem

bardzo szkodliwych aflatoksyn. Żywność taka jest niebezpieczna dla zdrowia, a zwłaszcza dla pacjenta onkologicznego, który musi do minimum ograniczać ryzyko dostania się do przewodu pokarmowego potencjalnie szkodliwych i patogennych substancji.

Bardzo ważne jest także odpowiednie nawodnienie organizmu. O ile zalecenia szczegółowe nie wskazują inaczej, sugeruje się spożywanie ok. 2 litrów płynów dziennie, najlepiej w formie wody mineralnej, soków niesłodzonych, słabych naparów herbat, kompotów, koktajli owocowo-warzywnych. Bezwzględnie należy zaprzestać picia alkoholu oraz palenia papierosów.

W czasie radioterapii czy chemioterapii bardzo często zaleca się pacjentowi stosowanie przez kilka dni diety lekkostrawnej, eliminującej posiłki ciężkie, długo zalegające w żołądku, wzdymające czy też podrażniające przewód pokarmowy. W wielu przypadkach dobrze sprawdza się niespożywanie żadnych dużych posiłków, tylko ewentualnie lekkich przekąsek, na ok. 2 godziny przed i po chemii, aby uniknąć nudności i wymiotów w trakcie.

U pacjenta w czasie leczenia mogą też pojawić się przejściowe objawy – skutki uboczne leczenia – takie jak metaliczny posmak w ustach po spożyciu mięsa, nietolerancja laktozy czy glutenu, problemy z przełykaniem, uczucie pełności w brzuchu, suchość w ustach, nudności, wymioty, wzdęcia, biegunki, zaparcia i inne. Każdy z tych problemów warto zgłosić lekarzowi lub dietetykowi, ponieważ czasem niewielka zmiana zdecydowanie poprawia samopoczucie, niweluje objawy i daje większy komfort spożywania posiłków. Przykładowo skropienie mięsa odrobiną soku z cytryny, limonki czy pomarańczy zmniejsza posmak metalu w ustach, zwiększenie ilości płynów w diecie redukuje zaparcia, picie wody z odrobiną imbiru zmniejsza nudności, a zmiana konsystencji posiłków ułatwia przełykanie. Przy nietolerancji laktozy warto rozważyć spożywanie szeroko dostępnych produktów bezlaktozowych, zanim zupełnie zrezygnuje się z całej grupy produktów nabiałowych.

Jeżeli jednak u pacjenta mimo zastosowania większości wskazówek nadal pojawiają się problemy z apetytem, spożywaniem posiłków i dochodzi do niezamierzonej utraty masy ciała, wówczas można rozważyć tak zwane fortyfikowanie posiłków. Zwiększanie ich kaloryczności i wartości odżywczej można osiągnąć domowymi sposobami, dodając do dań na przykład mleko w proszku, śmietankę, zmielone orzechy,

drobne kaszki (o ile nie ma przeciwwskazań), lub poprzez stosowanie dedykowanego pacjentom onkologicznym żywienia medycznego. Baza produktów jest obecnie bardzo szeroka i znajdują się w niej np. jogurty w formie standardowej i pitnej, białka w proszku, zupy, koktajle czy batony. Sięgnięcie po takie produkty wymaga jednak konsultacji z dietetykiem lub lekarzem i powinno być przez nich kontrolowane.

Najważniejsze są całościowe zadbanie o żywienie pacjenta, pomoc w przygotowywaniu posiłków czy też wyręczanie go w pracach kuchennych, jeśli nie ma siły na gotowanie. Wówczas mimo ciężkiego okresu i dużego obciążenia pacjent bardziej dba o odżywianie i wspomaga swój organizm, a to przekłada się na poprawę pracy jego organizmu i przyczynia się do poprawy efektów leczenia.

---

## Literatura

Jarosz M., Sajór I., Żywnienie chorych z nowotworami, Warszawa 2016.

Rogulska A., Dieta kontra rak – żywienie w chorobie nowotworowej, Warszawa 2018.

Brzegowy M., Maciejewska-Cebulak M., Turek K., Nie daj się rakowi – wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej, Kraków 2018.

# Kosmetologia w onkologii

*Dorota Rybarczyk*

18 lat temu rozpoczęłam pracę z pacjentkami onkologicznymi. Wszystko zaczęło się od choroby bliskiej mi osoby. Wspierałam ją, jak potrafiłam, również wykonując zabiegi pielęgnacyjne, estetyczne, relaksacyjne oraz rekonstrukcyjne. Wtedy zauważyłam, jak wielki wpływ na samopoczucie ma zastosowanie kosmetologii. Kilka lat później zachorowała także moja mama...

Od tamtej pory praca z kobietami, których piękno zostało nadszarpięte chorobą, jest jedną z moich zawodowych misji. Realizuję ją pod szyldem „Piękno mimo wszystko”. Moim celem jest wsparcie kosmetyczne w chorobie onkologicznej oraz pogłębianie u kobiet świadomości, że nie tylko mogą się upiększać i mają prawo zatroszczyć się o swój wygląd, ale także powinny dbać o swój szeroko pojęty dobrostan. Kosmetologia to szeroki rezerwuar narzędzi mogących poprawić komfort życia i stan psychiczny kobiety: odpowiednia pielęgnacja, łagodzenie dolegliwości skórnych, dobrze dobrane kosmetyki, subtelnie podkreślona uroda, relaksacyjny dotyk, łagodna maska, uzupełnienie wypadających brwi, terapeutyczna rozmowa. W trudnym czasie choroby kosmetologia, zarówno domowa, jak i pod okiem specjalisty, obejmuje zapobieganie przykrym dolegliwościom, łagodzenie dyskomfortu, pielęgnowanie oraz często przywracanie kobiecości.

Wiele lat temu zagadnienie kosmetologii onkologicznej praktycznie nie istniało – miejsca takie jak gabinet piękności służyły upiększaniu „zdrowych” kobiet, zaś klientki po przebytych chorobach onkologicznych mogły korzystać z zabiegów dopiero 5 lat po zakończeniu leczenia. Dziś, dysponując doświadczeniem wieloletniej działalności

onkokosmetologicznej i współpracy z lekarzami, jak również współczesną wiedzą z tej dziedziny uważam, że wspomniane 5 lat to mit. Powiem więcej – działania profilaktyczne oraz pielęgnację warto wdrożyć jeszcze przed rozpoczęciem leczenia! W ciągu lat pracy z pacjentkami na różnych etapach leczenia nie spotkałam ani jednej kobiety, u której nie udałoby się wykonać terapii kosmetycznej! Obecnie do dyspozycji pacjentów onkologicznych jest także przynajmniej kilkadziesiąt firm oferujących dedykowane im kosmetyki.

Na ścieżce medycznej nie zawsze udaje się uzyskać pomoc w zakresie pielęgnacji w trakcie i po terapii. Wielka szkoda. Przeprowadzając wywiad z chorymi na temat ich potrzeb i wiedzy dotyczącej radzenia sobie z przykrymi dolegliwościami, najczęściej słyszę takie zdania:

„Zastanawiałam się, czy wypada troszczyć się o wygląd w chorobie”.

„Nie pytałam lekarza, bo się wstydziłam, bałam się, co sobie o mnie pomyśli”.

„Pytałam, ale nie uzyskałam odpowiedzi”.

„Powiedziano mi, że nic nie mogę”.

Otóż, po pierwsze: nie tylko wypada, ale wręcz należy dbać o siebie, po drugie: na każdym etapie leczenia istnieją metody lub środki przynoszące ulgę i komfort zbolalej skórze.

O tym, że aspekt pielęgnowania kobiecości w chorobie jest bardzo istotny w całokształcie leczenia, przekonałam się także podczas licznych rozmów z pacjentkami oraz członkami ich rodzin, które przeprowadziłam na potrzeby niniejszego poradnika.

## **O czym warto wiedzieć przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego?**

Moment diagnozy i jego początkowe etapy: szoku, niedowierzania, złości, smutku, zaprzeczenia to niewątpliwie czas, w którym często nie myśli się o urodzie, upiększaniu ani zapobieganiu skutkom leczenia, które mają się dopiero pojawić. Nikogo to nie dziwi, choć reakcja chorych jest bardzo indywidualna i spotykam coraz więcej kobiet, które w momencie diagnozy nie rezygnują z normalnych aktywności takich jak pielęgnacja domowa czy wizyty w gabinecie.

Na etapie akceptacji i adaptacji do nowej sytuacji wiele pań podejmuje kroki, by zapewnić sobie jak największy komfort życia. Dużą rolę odgrywa także wsparcie otoczenia i bliskich, którzy mogą podsunąć pewne rozwiązania, np. vouchery upominkowe jako zachętę do zadbania o siebie. Ania, jedna z moich klientek, dla której przyjaciele przygotowali taką niespodziankę, zapytana o to, czy sprawiło jej to radość, powiedziała: „Bardzo, bardzo, bardzo! To był dla mnie upominek urodzinowy, ale w tym czasie taki upominek to było złoto”.

Mężowie przywożą swoje żony, dzieci swoje mamy, babcie, rodzeństwo swoje siostry. W przypadku gabinetu beauty mówimy głównie o kobietach, gdyż panowie ograniczają się z reguły do pielęgnacji domowej.

### *Skóra*

Skóra uznawana jest za jeden z najważniejszych organów naszego ciała i pełni funkcję przede wszystkim ochronną przed czynnikami z zewnątrz takimi jak: urazy, ucisk, tarcie, uderzenia, zadrapania, substancje chemiczne. Skóra zabezpiecza również przed bakteriami, wirusami, grzybami oraz chroni przed promieniami UV.

Podczas leczenia onkologicznego – zwłaszcza chemio- i radioterapii – zostają uszkodzone nie tylko chore tkanki, wpływ terapii jest odczuwalny również na zdrowej skórze, a jej funkcje ulegają znacznemu osłabieniu. Mogą pojawiać się m.in. suchość, zaczerwienienie, świąd, obrzęk, stany zapalne, podatność na urazy, nasilenie reakcji alergicznych, zwiększone ryzyko infekcji, nadwrażliwość na promienie UV.

Pielęgnacja skóry jest zatem bardzo istotnym elementem w kompleksowym podejściu do terapii onkologicznej. Im wcześniej zostanie wdrożony program profilaktyczny, tym mniejszy będzie dyskomfort odczuwany w związku z dolegliwościami.

### *Jak zapobiec skutkom leczenia?*

Jeśli to możliwe, działania prewencyjne należy wdrożyć jak najwcześniej. Wśród nich najwięcej uwagi warto poświęcić na wzmacnianie funkcji ochronnej skóry poprzez jej wczesne i systematyczne nawilżanie oraz ochronę przed słońcem.

W zależności od rodzaju planowanego leczenia warto zaopatrzyć się w środki pielęgnacyjne i łagodzące takie jak: łagodny preparat myjący,

krem pielęgnacyjny do twarzy, balsam do ciała, olejek i krem z filtrem UV.

Należy zrezygnować z wszelkich zabiegów mogących skórę uwrażliwić. Nie są wskazane procedury mogące zaburzać funkcje obronne skóry – agresywne peelingi, zabiegi złuszczone typu mechanicznego, zabiegi z kwasami. Również w pielęgnacji domowej należy zrezygnować ze szczoteczek rotacyjnych, rękawic złuszczone, a nawet intensywnego tarcia ręcznikiem. Nie są wskazane także zabiegi powodujące przerwanie ciągłości naskórka, np. mezoterapia czy zabiegi iniekcyjne.

W wyniku chemioterapii następuje utrata owłosienia, dlatego przed rozpoczęciem terapii warto skrócić włosy, żeby nie obciążać cebulek. Dodatkowo należy zrezygnować z farbowania i suszenia głowy gorącym powietrzem oraz stosowania preparatów obciążających włosy.

Warto także nadmienić, że istnieje system pozwalający zminimalizować utratę owłosienia w trakcie chemioterapii. Są to czepki chłodzące, które są dostępne w wybranych szpitalach. Silikonowy czepok umieszcza się na głowie pacjenta, następnie łączy się go z urządzeniem schładzającym płyn wypełniający czepok. Czepki na skutek miejscowego obkurczenia naczyń krwionośnych zmniejszają przepływ krwi do mieszków włosowych, ograniczając tym samym przepływ i działanie leku w macierzy włosa na głowie. O system chłodzenia głowy należy pytać lekarza prowadzącego.

Istnieje także system chłodzenia dłoni i stóp, który ma zapobiegać uszkodzaniu nerwów obwodowych i polineuropatii czuciowej. Zasada działania polega na ograniczeniu dopływu cytotatyku poprzez ograniczenie dopływu krwi z lekiem i jest dwuetapowa – ucisk za pomocą rękawic i skarpet, a następnie chłodzenie za pomocą zestawu chłodzącego. Dzięki tej metodzie można zminimalizować dolegliwości oraz zmniejszyć ryzyko potencjalnych infekcji. W rękawice chłodzące można się zaopatrzyć indywidualnie, a po zakończonym cyklu można je np. przekazać innej osobie.

Nie zaleca się zwlekania do ostatniej chwili z zakupem przewiewnych okryć głowy i peruk. Ponadto można rozważyć zakup jedwabnej poszewki na poduszkę, która jest delikatniejsza dla skóry i zmniejsza tarcie.

Z relacji moich klientek jednoznacznie wynika, że bardzo dobry efekt terapeutyczny uzyskuje się, jeśli przed wdrożeniem leczenia został

wykonany makijaż permanentny brwi lub/i makijaż permanentny zagęszczający linię rzęs. Wszystkie kobiety, które poddały się zabiegowi pigmentacji brwi lub/i kresek, relacjonują zbawienny wpływ zabiegu na psychikę podczas trudnego okresu utraty owłosienia.

Karolina S., u której po 10 latach nastąpiła wznowa, zgłosiła się do mnie przed rozpoczęciem leczenia na makijaż permanentny brwi, mimo że jej brwi były mocne i gęste. Tak opisała swoją decyzję: „Makijaż permanentny brwi i powiek to była jedna z moich pierwszych decyzji po ostatniej diagnozie. Wiedziałam, jak było poprzednim razem, więc przy wznowie to była oczywista decyzja. Tym razem nawet jak wypadły mi brwi, to nie wyglądałam sztucznie”.

Skutki uboczne leczenia pojawiają się także na dłoniach i stopach, dlatego warto zwrócić uwagę na nawilżenie skóry. Zaleca się także rezygnację z przedłużania paznokci, stosowania lakieru hybrydowego, z malowania oraz skrócenie paznokci u rąk i stóp.

## **Dolegliwości i pielęgnacja w trakcie leczenia onkologicznego**

Jednym z najbardziej widocznych skutków ubocznych chemioterapii, który dotyczy aż 65% chorych, jest łysienie. Dla kobiet jest to bardzo bolesne doświadczenie. Proces wypadania włosów przypada zwykle na 1–2 tydzień trwania terapii, nasila się w okresie 2–3 miesięcy, w zależności od stopnia agresywności leczenia. U niektórych utrata występuje całkowicie, u innych miejscowo. Utrata włosów obejmuje nie tylko włosy skóry głowy, ale także brwi i rzęsy oraz resztę powierzchni ciała.

Chemia niszczy komórki nowotworowe przy pomocy leków cytostatycznych, a te działają również na zdrowe komórki. Szczególnie odczuwają to komórki, które ulegają szybkim podziałom, np. szpik kostny, nabłonek jelit oraz skóra, dlatego lista dolegliwości skórnych jest bardzo długa: pojawiają się zaczerwienienie, rumień, obrzęk, podrażnienie, nasilona suchość i szorstkość skóry, nadmierne łuszczenie, pęknięcia skóry, świąd, pozbawienie elastyczności, zmatowienie, uczucie ściągnięcia, wrażliwość na dotyk (tzw. przeczulica).

Ale to nie wszystko – zwiększa się też podatność na infekcje skórne, bakteryjne, wirusowe, a szczególnie na zakażenia grzybicze, pojawia się większa skłonność do miejscowych stanów zapalnych: grudek, pęcherzyków, nadżerek, owrzodzeń i innych wykwitów.

Mogą pojawić się trądzik lub zmiany trądzikopodobne, zapalenie skóry, a także zmiany pokrzywkowe określane terminem „reakcja zapamiętania”. Nasilają się także istniejące wcześniej alergie i reakcje skórne. Dla wielu osób szczególnie uciążliwa jest wrażliwość skóry na działanie promieniowania UV. Nawet minimalna ekspozycja na słońce grozi oparzeniem i hiperpigmentacją.

W wyniku leczenia cytostatykami pojawiają się również zmiany w obrębie dłoni, stóp i paznokci. Najbardziej dotkliwa jest erytrodyzestezja dłoniowo-stopowa, inaczej zespół ręka–stopa. Jej cechami charakterystycznymi są podrażnienie, rumień oraz obrzęk występujące na dłoniach lub stopach. Zmiany pojawiają się także w obrębie płytki paznokciowej i objawiają się spowolnionym wzrostem, ścięciem płytki, jej osłabieniem, kruchością, deformacją, zażółceniem lub różnobarwnymi przebarwieniami (szary, brązowy, czarny), poprzecznymi bruzdami, rozwarstwianiem się płytki paznokciowej, onycholizą, zanokcicą, infekcjami grzybiczymi.

W wyniku leczenia występuje także nasilona suchość i podrażnienie śluzówek – jamy ustnej, języka, gardła, a także miejsc intymnych.

Pod wpływem radioterapii dochodzi do zniszczenia DNA w tkankach nowotworowych, a także zmian w obrębie struktury błon komórkowych, co prowadzi do zaniku zdolności ich rozmnażania. Proces napromieniania jest wyniszczający również dla zdrowych komórek znajdujących się w obszarze jego działania.

Zmiany skórne najczęściej pojawiają się w ok. 1–4 tygodniu od momentu rozpoczęcia napromieniania, utrzymują się przez cały okres leczenia, a nawet do 2–4 tygodni po zakończeniu terapii. Są to: suchość, zaczerwienienie w wyniku aktywacji reakcji zapalnych, przebarwienie, upośledzenie podziałów komórkowych i procesów metabolicznych, naruszenie naczyń krwionośnych i wystąpienie teleangiektazji, pieczenie, świąd, ból, upośledzenie procesu gojenia, uszkodzenie gruczołów łojowych, epilacja, powstawanie blizn.

W okresie od 4 do 6 tygodni dochodzi do dynamicznej utraty komórek macierzystych naskórka, co skutkuje złuszczeniem na sucho lub na mokro. Przy złuszczeniu na sucho pojawiają się przeczosy i występuje świąd, natomiast złuszczenie na mokro to intensywny proces złuszczenia aż do skóry właściwej, któremu towarzyszy również wysięk

surowiczy. W dalszym etapie pojawia się późny odczyn popromienny. Występuje ok. 90 dni po ostatnim napromienianiu.

Stopień uszkodzenia komórek pod wpływem działania promieniowania jonizującego może być bardzo rozciągnięty w czasie. Nasilenie jest zależne od wielu wzajemnie wpływających na siebie czynników takich jak wiek i styl życia – wpływ na skutki radioterapii mogą mieć np. palenie tytoniu, kondycja skóry i jej pielęgnacja, sprawność układu limfatycznego, inne choroby współtowarzyszące oraz czynniki dziedziczne. Należy pamiętać, że czas reakcji organizmu na działanie promieniowania może trwać od milisekund do wielu dni, miesięcy, a nawet kilku lat po napromienianiu, co oznacza, że nadwrażliwość i inne reakcje mogą pojawić się nawet po długim czasie.

Leczenie onkologiczne oprócz szeregu problemów dermatologicznych takich jak blizny, rozstępy, teleangiektazje czy tatuaże popromienne wywołuje także obrzęk limfatyczny oraz może być przyczyną miejscowej utraty objętości tkanek.

Terapie onkologiczne mogą również powodować upośledzenie czynności hormonalnej, wprowadzając kobiety w stan przedwczesnej menopauzy ze wszystkimi jej skutkami dla skóry.

Warto zauważyć, że podczas odwiedzin w gabinecie kosmolog poddaje skórę klienta dokładnej analizie, oglądając ciało i umiejętnie prowadząc rozmowę. Dzięki temu często ma szansę jako pierwszy zauważyć niepokojące symptomy na skórze. W wieloletniej pracy dzięki uważnej diagnozie skóry udało mi się wychwycić wiele zmian skórnych, które wymagały szybkiej interwencji chirurgicznej.

*Jakie składniki i kosmetyki są wskazane?*

Głównym kryterium wyboru produktów do pielęgnacji zarówno gabinetowej, jak i domowej jest ich skład – im prostszy, tym lepiej. To minimalizuje ryzyko nadwrażliwości. Kosmetyki powinny być pozbawione substancji drażniących, konserwantów i środków zapachowych.

Wybieramy kosmetyki z pantenolem i alantoiną, emolienty, kwas hialuronowy, kwas foliowy, witaminy C, E, F, formuły prebiotyczne, olej z oliwek. Inne substancje pożądane to resweratrol, mocznik, betulina, gliceryna, naturalne bioflawonoidy, aloes, wyciąg z lnu, owsa, kolagen, wazelina, woski, kwasy tłuszczowe, kwas gamma-linolenowy, skwalan, alfo-bisabolol, colostrum, beta glukan oraz oczywiście fitry UV.

Z powodzeniem można stosować także kosmetyki dla niemowląt, proszki i detergenty hipoalergiczne przeznaczone dla dzieci. Należy unikać substancji takich jak: witamina A i jej pochodne, kwas salicylowy i jego pochodne, kwasy AHA, olejki eteryczne: bergamotkowy i rozmarynowy, detergenty: SLES, SLS, standardowe mydła, substancje zapachowe, barwniki, alkohol, formaldehyd.

Na rynku działa obecnie wiele firm produkujących kosmetyki uwzględniające potrzeby skóry osób poddawanych terapiom onkologicznym.

*Jakie zabiegi są pomocne w łagodzeniu dolegliwości?*

Dla każdej kobiety wsparcie pielęgnacyjne powinno być rozpatrywane indywidualnie na podstawie: stanu zdrowia, rodzaju i etapu leczenia, współistniejących chorób, rodzaju terapii farmakologicznej oraz potrzeb skóry i potrzeb psychicznych.

Przeciwwskazane są zabiegi z wykorzystaniem pola elektromagnetycznego, elektrycznego oraz podczerwieni, zabiegi przy użyciu wysokiej temperatury, zabiegi krioterapeutyczne, mikrodermabrazja i inne rodzaje zabiegów złuszczeniowych i uszkodzających warstwę rogową, zabiegi wywołujące stan zapalny w skórze, mikronakłucia, rollery, lasery, peelingi chemiczne oraz łóżka opalające. Należy zrezygnować także z zabiegów o działaniu stymulującym, takich jak stymulatory tkankowe czy osocze bogatopłytkowe.

Naszym celem w trakcie terapii onkologicznej jest zapobieganie reakcjom skórny, ich minimalizowanie oraz łagodzenie. Skupiamy się na ochronie bariery wodno-lipidowej i wspomaganiu procesu gojenia, zatem wskazane są zabiegi z użyciem masek łagodzących do skóry nadwrażliwej, delikatne oczyszczanie skóry, płyty kolagenowe, kremy okluzyjne, spraye kojące. Mama mojej koleżanki Ani B. chorowała 20 lat. Ania opowiada, że „mama bardzo dbała o siebie. Obdarowywałam ją różnymi kosmetykami. Podczas chemii szczególnie lubiła, jak spryskiwałam jej twarz sprayem peptydowym, czuła wtedy ulgę”.

W łagodzeniu suchości warto rozważyć zabiegi tlenowe na maksymalnie niskim podciśnieniu – oxybrazję, infuzję tlenową. Świetnie sprawdzają się oleje, np. lniany, słonecznikowy, z wiesiołka, rzepakowy, z ogórecznika.

Dolegliwości skórne są częstym skutkiem ubocznym leczenia, ale ich przebieg może być zróżnicowany. Na przykład Ania W. opowiedziała

mi, że „cera paradoksalnie nie ucierpiała, wręcz była jak u niemowlaka. Za to chętnie skorzystałam z zabiegów manicure i pedicure. Po chemii wystąpiła u mnie silna neuropatia dłoni i stóp, miałam zaburzone czucie, bałam się zranienia, dlatego przy zabiegach pedicure skorzystałam z profesjonalnej pomocy. Podobnie z manicure, zwłaszcza że nie byłam w stanie wykonać precyzyjnych czynności”.

U Ani po drugiej serii leczenia wystąpił wspomniany zespół ręka–stopa. Tworzyły się pęknięcia i zanokcica, potocznie nazywana zastrzałem, czyli stan zapalny wokół wału paznokciowego. Pomocna okazała się wizyta u podologa, który zastosował opatrunki z nanosrebrem oraz specjalistyczne kremy i maści nawilżające na dłonie i stopy do okresowego łagodzenia dolegliwości. Na zastrzały zastosowano maść ichtioliową. Po zakończeniu terapii objawy ustąpiły.

W pielęgnacji dłoni i stóp można wykonać manicure i pedicure japoński. Należy postępować ostrożnie, bez użycia ostrych metalowych narzędzi, z zachowaniem zasad pełnej higieny, uważając, by nie skaleczyć skóry. Zaleca się unikanie gorących kąpeli i długotrwałego moczenia, pamiętając, by dokładnie osuszać skórę po umyciu, szczególnie w przypadku stóp.

Rytuały na dłonie i stopy, zarówno w domu, jak i w gabinecie, mogą być zwieńczone zabiegiem pielęgnacyjnym z delikatnym masażem. Zabiegi takie jak manicure hybrydowy i przedłużanie paznokci najczęściej są niezalecane w trakcie trwania terapii onkologicznej, jednak praktyka pokazuje, że wiele klientek mimo wszystko uznaje je za ważne i nie rezygnuje z tej formy upiększania.

Szczególą rolę w terapiach wspomagających odgrywają dotyk i masaż. Masaż powinien być delikatny, z wykorzystaniem technik relaksacyjnych, rozluźniających, w szczególności ruchu głaskania. Masaż musi być prosty, łagodnie wyciszający, bez nadmiernie rozbudowanej procedury stymulującej, dostosowany do stanu zdrowia i etapu leczenia, a także uwzględniający tzw. obszary zagrożone. Ciekawą alternatywą jest masaż pędzelkowy. Należy zachować ostrożność w doborze środków do masażu. Należy unikać aromatów, kadzideł i olejków aromatycznych ze względu na ich drażniący charakter oraz występującą u chorych nadwrażliwość. Warto zadbać także o odpowiednią oprawę otoczenia chorego: muzykę relaksacyjną, świeże kwiaty w wazonie, nastrojowe oświetlenie, przyjemne kolory.

Wiele pań w tym okresie dostrzega, że ich cera ma ziemisty kolor. Moja klientka Karolina S. mówi, że „wygląda się wtedy, jakby człowiek pomalował się na szaro”. Pacjentkom mogą przeszkadzać również występujące na twarzy plamy, dlatego po raz pierwszy może pojawić się potrzeba kamuflowania skutków leczenia onkologicznego makijażem korygującym.

Do makijażu, który rozświetli twarz, wystarczą puder o właściwościach kryjących, delikatny bronzer, lekko koloryzujący pielęgnacyjny błyszczczyk do ust oraz cień do brwi. Makijaż można dowolnie rozbudowywać w zależności od upodobań. Warto sprawdzić, czy w najbliższej okolicy nie odbywają się tzw. warsztaty urody. Wiele gabinetów, stowarzyszeń i fundacji organizuje spotkania dla kobiet, podczas których uczy się makijażu czy technik samodzielnego rysunku brwi. Moja klientka Ania W. uczestniczyła w takich warsztatach i, jak relacjonuje, „był to bardzo wartościowy czas. Nauczono mnie, jak się malować, na chemię malowałam usta, nawet na operację szłam z pomalowanymi ustami”.

Po rozmowie z Anią M., która wspierała swoją przyjaciółkę w chorobie, byłam poruszona, gdyż Ania opowiedziała mi o tym, że jej przyjaciółka „nawet w stanie terminalnym chciała czuć się jak kobieta, nie chciała odchodzić smutna, była w pełni świadoma. Prosiła, by ją pomalować, pomalować usta, zrobić makijaż, pomalować paznokcie”.

Zagadnienia związane z urodą, ciałem i pięknem w czasie choroby spotykają się często ze społecznym niezrozumieniem. Ale to właśnie inne kobiety, które doświadczyły choroby, pokazały mi, jak bardzo oraz na jak różnych płaszczyznach szeroko pojęta kosmetologia może być potrzebna w radzeniu sobie z chorobą i dolegliwościami.

Bardzo przydatna jest stylizacja brwi za pomocą henny. Hennę można samodzielnie kupić i zaaplikować także w warunkach domowych. Należy wybierać hennę naturalną bez zawartości silnie uczulającego składnika, jakim jest parafenylenodiamina (PPD), gdyż może ona wywołać silną reakcję alergiczną. Oprawę oka można podkreślić także za pomocą gotowych rzęs magnetycznych lub tzw. stymulatorów wzrostu stosowanych zewnętrznie.

Ciekawym rozwiązaniem dla kobiet jest malowanie głowy sztuką Mehendi. To sztuka malowania ciała za pomocą henny. W Indiach i krajach Bliskiego Wschodu jest tradycją, w Polsce oznacza okazjonalne

dekoracyjne malowanie różnych części ciała, w tym skóry głowy. Ważne, aby henna stosowana do barwienia była rzeczywiście naturalną henną.

Mikropigmentacja to ogromny dział kosmetologii z szerokim potencjałem dla pacjentek onkologicznych. Zabieg rekonstrukcji utraconych brwi można wykonać za pomocą makijażu permanentnego metodą cienia, ombre, włoskową lub łączoną. Do zagęszczenia linii rzęs można wykorzystać zabieg rekonstrukcji linii rzęs makijażem permanentnym, eyeliner dekoracyjny lub rozcieniowane kreseczki.

Moja klientka Ania W. żałuje, że po diagnozie nie zgłosiła się na makijaż permanentny brwi, „jednak nie wiedziałam, i nawet nie przyszło mi do głowy, że to będzie dla mnie taki problem. Nie wiem też, czy po diagnozie nie ma przeciwwskazań”.

Makijaż permanentny wykonuję od wielu lat także w trakcie chemioterapii! Jeśli dyskomfort związany z utratą brwi jest uciążliwy, warto przeanalizować możliwość poddania się zabiegowi w trakcie leczenia. Kwalifikacji do zabiegu rekonstrukcji brwi w trakcie leczenia dokonuje się na podstawie szczegółowego wywiadu medycznego, po uprzednim oznaczeniu poziomu leukocytów oraz konsultacji z lekarzem. Zazwyczaj otrzymuję „zielone światło” i z powodzeniem przeprowadzam zabieg.

Mikropigmentacja znajduje także zastosowanie u pacjentek i pacjentów onkologicznych, którzy utracili owłosienie na skórze głowy. Zabieg przeprowadza się za pomocą urządzenia, które wprowadzając pigment w skórę tworzy imitację krótko ściętych włosów. Można w ten sposób wizualnie zredukować widoczność ubytków w owłosieniu.

W pielęgnacji skóry głowy, obok wymienionych wyżej zaleceń dotyczących skrócenia włosów, unikania farbowania i suszenia gorącym powietrzem, nie należy także używać prostownic, lokówek i innych termicznych zabiegów. Odradza się stosowanie środków do stylizacji włosów – lakierów, żeli, pianek, wosków. Warto wybrać się do fryzjera i zdecydować się na krótką fryzurę niewymagającą układania.

Na włosy i skórę głowy można stosować olejki lub oleje, np. olej arganowy lub masło shea. Zalecane jest rozprowadzenie preparatu na kwadrans przed myciem w celu ułatwienia rozczesywania. W pielęgnacji skóry głowy ważną rolę odgrywa masaż. Już w trakcie olejowania i mycia delikatnie masujemy głowę. Na rynku można znaleźć także specjalne miękkie szczotki z szerokim rozstawem włosa, szczotki-masażery, jak

również maski i inne produkty do pielęgnacji skóry głowy w trakcie chemioterapii. Wiele z moich klientek w celu pobudzenia mieszków włosowych stosuje delikatne oklepywanie skóry głowy. Przez cały okres leczenia bezwzględnie należy chronić skórę głowy przed słońcem.

Wśród zabiegów gabinetowych szczególną uwagę należy zwrócić na zabieg infuzji tlenowej, zarówno na skórę głowy, jak i na włosy.

W dolegliwościach związanych z wypadaniem włosów oraz pielęgnacją skóry głowy pomocny może być specjalista z zakresu trychologii, czyli nauki zajmującej się diagnozowaniem i leczeniem dolegliwości związanych z włosami i skórą głowy.

### *Ubrania w trakcie leczenia*

Ubranie się w trakcie leczenia może z pozoru nie wydawać się bardzo istotną kwestią, niemniej warto zwrócić uwagę na takie aspekty jak ochrona przed czynnikami zewnętrznymi, wygoda oraz aspekt psychologiczny.

Zdecydowanie niezbędne są nakrycia głowy. Obecnie na rynku dostępnych jest bardzo dużo akcesoriów do osłaniania głowy. Oprócz peruk można znaleźć stylowe bawełniane czapki, eleganckie berety, chusty wiązane na różne sposoby, sportowe bandany, fantazyjne szaliki, sportowe czapki z daszkiem, kapelusze, a nawet okrycia z wkładkami chłodzącymi lub termicznymi. Ważne, aby nakrycia głowy były wykonane z materiałów oddychających, miękkich i przyjemnych w dotyku.

Ubranie powinno przede wszystkim zapewniać komfort i wygodę. Polecane są ubrania, które nie uciskają ciała, zwłaszcza w okolicach zmian, a także w okolicach dostępu naczyniowych. Istotne są także materiały, z których są wykonane, najlepiej naturalne typu bawełna, len, tkaniny bambusowe. Ubrania nie mogą być uszyte z szorstkich materiałów, żeby dodatkowo nie drażnić skóry. Pacjenci w rozmowach zwracają uwagę nawet na takie detale jak zamki, zatrzaski i guziki w ubraniach, które są wygodniejsze niż ubrania wciągane przez głowę.

Bielizna także powinna być z naturalnych, oddychających materiałów, np. bielizna sportowa, bawełniane nieuciskające skarpety, stanik bez fiszbin, majtki o wyższym stanie, które nie uciskają brzucha, najlepiej bezszwowe. Syntetyczne materiały będą sprzyjały obrzękom, poceniu się i infekcjom.

Ze względu na wahania temperatury, które mogą pojawić się w trakcie leczenia – napady gorąca, uczucie zimna – dobrze jest ubierać się warstwowo. Biorąc pod uwagę towarzyszące choroby zmęczenie, istotny jest także wybór obuwia – powinno ono być stabilne, wygodne, miękkie. Przydatny podczas chemioterapii może być też mięciutki szal lub kocyk.

Drugi czynnik, na który warto zwrócić uwagę, to samopoczucie psychiczne. Wygoda ubrania nie oznacza rezygnacji z ładnego wyglądu. Nawet kolor ubrania na nas oddziałuje. Podobnie jak pielęgnacja skóry i upiększanie, przykładanie uwagi do wyglądu ubrania nie jest koniecznością, ale może mieć istotny wpływ na psychikę – samopoczucie, samoocenę, akceptację siebie, poczucie „normalności”, kontakty społeczne, pracę zawodową oraz na sam proces leczenia. Najważniejsze, aby dostosować dbałość o wygląd do własnych potrzeb i priorytetów.

# Seksualność w chorobie nowotworowej

*Dominika Perszke*

Seksualność jest niezwykle intymną częścią życia każdego człowieka. Dotyczy wszystkich ludzi bez wyjątków, niezależnie od płci, wieku czy wyznania. Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i obejmuje kwestie związane z płcią, tożsamością i rolami płciowymi, orientacją seksualną, erotyzmem, przyjemnością, intymnością oraz prokreacją. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może obejmować wszystkie te aspekty, nie wszystkie one są doświadczane bądź wyrażane.

Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi, religijnymi i duchowymi (def. WHO, 2002). Seksualność jest zagadnieniem z obszaru wielu dziedzin nauki, np. ginekologii, urologii, seksuologii, neurologii, psychiatrii. Seksualność rozwija się na skutek interakcji wielu czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, religijnych. Podejście to zmierza do tego, żeby seksualności nie traktować jedynie jako biologiczną składową osobowości, ale żeby traktować ją jako składową całości. Zbigniew Izdebski pisał, że zachowania seksualne angażują zarówno ciało, jak i emocje i nie są ograniczone tylko do kontaktów o charakterze prokreacyjnym.

Choroba nowotworowa ma duży wpływ na różne aspekty życia pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem relacji rodzinnych i partnerskich, emocji i nastroju osoby chorującej oraz zaburzeń seksualnych. Dotyka również aspektu onkofertylity (onkopłodności), czyli zachowania płodności w trakcie leczenia onkologicznego.

## **Relacje rodzinne i partnerskie**

**Zmiana dynamiki rodzinnej i partnerskiej:** Choroba nowotworowa znacząco wpływa na relacje rodzinne i partnerskie. Diagnoza raka często prowadzi do zmiany ról społecznych w rodzinie. Wówczas pacjent staje się bardziej zależny, a partner może przejąć rolę głównego opiekuna. Taka przemiana może generować napięcia, frustracje oraz poczucie izolacji zarówno u pacjenta, jak i u opiekuna.

**Wsparcie emocjonalne a obciążenie:** Partnerzy i rodzina pacjentów często doświadczają stresu emocjonalnego związanego z opieką nad chorym. Obawy o przyszłość, lęk przed nawrotem choroby oraz konieczność dostosowania się do nowych warunków życiowych mogą prowadzić do pogorszenia relacji. Jednocześnie wsparcie ze strony bliskich jest kluczowe dla psychicznego zdrowia pacjenta, ale wymaga od opiekunów dużej wyrozumiałości i cierpliwości.

**Zmiany w relacjach intymnych:** Choroba i jej leczenie mogą prowadzić do zmian w relacjach intymnych. Z jednej strony pacjenci mogą czuć się mniej atrakcyjni lub obawiać się odrzucenia przez partnera, co utrudnia powrót do życia seksualnego. Z drugiej strony silne wsparcie partnera może pomóc w przezwyciężeniu tych trudności i odbudowie bliskości.

## **Emocjonalne i psychologiczne wyzwania związane z chorobą nowotworową**

**Stres i lęk:** Diagnoza raka jest źródłem silnego stresu i lęku, które mogą utrzymywać się na różnych etapach leczenia. Pacjenci często obawiają się śmierci, nawrotu choroby oraz utraty kontroli nad własnym życiem. Te emocje mogą negatywnie wpływać na ich zdolność do radzenia sobie z chorobą oraz na relacje z bliskimi.

**Depresja i poczucie bezradności:** Długotrwałe leczenie i zmiany w ciele mogą prowadzić do depresji oraz poczucia bezradności. Pacjenci

mogą doświadczać obniżonego poczucia własnej wartości, co wpływa na ich zdolność do radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami.

**Samopoczucie i samoocena:** Zmiany w ciele i funkcjonowaniu mogą prowadzić do obniżenia samooceny i poczucia własnej wartości. Pacjenci mogą czuć się mniej atrakcyjni, co wpływa na ich życie seksualne i relacje intymne. Proces zdrowienia obejmuje także emocjonalną adaptację do zmian zachodzących w ciele i życiu społecznym. Akceptacja własnego ciała po operacjach i leczeniu jest kluczowa dla poprawy samopoczucia psychicznego i jakości życia.

**Wsparcie psychologiczne:** Terapie psychologiczne, w tym psychoonkologia, odgrywają istotną rolę w pomaganiu pacjentom w radzeniu sobie z emocjonalnymi konsekwencjami choroby. Wsparcie psychologiczne może obejmować terapię indywidualną, grupową oraz wsparcie ze strony specjalistów: psychoonkologów oraz psychoterapeutów. Ważne jest, aby pacjenci mieli dostęp do profesjonalnego wsparcia, które pomoże im przejść przez trudne chwile.

## Zaburzenia seksualne po leczeniu onkologicznym

**Problemy seksualne u mężczyzn i kobiet:** Leczenie raka, takie jak chirurgia, radioterapia, chemioterapia czy terapia hormonalna, może prowadzić do różnych zaburzeń seksualnych. U mężczyzn najczęściej występują problemy z erekcją, wytryskiem oraz spadek libido. U kobiet mogą pojawić się suchość pochwy, zmniejszone libido, trudności z osiągnięciem orgazmu oraz zmiany w odczuwaniu przyjemności seksualnej.

**Zmiany w ciele a życie seksualne:** Operacje takie jak mastektomia czy prostatektomia prowadzą do fizycznych zmian, które wpływają na samoocenę i poczucie atrakcyjności. Pacjenci mogą odczuwać lęk przed odrzuceniem oraz trudności w akceptacji nowego wyglądu ciała.

**Rehabilitacja seksualna:** Proces odbudowy życia seksualnego wymaga czasu i zaangażowania. Rehabilitacja może obejmować terapie farmakologiczne (np. inhibitory PDE-5 u mężczyzn), użycie lubrykantów u kobiet, a także terapie psychoseksuologiczne. Kluczowe jest stopniowe podejście, zaczynając od delikatnych form bliskości, takich jak masaż czy pieszczoty, aby odbudować zaufanie i komfort w relacji.

**Rola partnera:** Partnerzy odgrywają kluczową rolę w procesie powrotu do życia seksualnego. Wzajemne zrozumienie, cierpliwość oraz otwarta

komunikacja są niezbędne do przezwyciężenia trudności i odbudowy intymności.

## **Onkofertility – zachowanie płodności w trakcie leczenia onkologicznego**

Onkofertility to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która łączy onkologię z medycyną rozrodu, mająca na celu zabezpieczenie płodności pacjentów przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego. Jest to szczególnie istotne dla osób w wieku rozrodczym, które chcą mieć dzieci po zakończeniu terapii.

*Opcje zachowania płodności:*

### **Kobiety:**

- zamrożenie komórek jajowych (oocytów),
- zamrożenie jajników,
- zamrożenie zarodków.

### **Mężczyźni:**

- zamrożenie nasienia,
- zamrożenie tkanki jądra,
- zamrożenie zarodków.

W wielu krajach dostępne są programy wspierające pacjentów onkologicznych w zachowaniu płodności obejmujące techniki zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro). Dodatkowo różne organizacje i fundacje oferują wsparcie informacyjne w postaci infolinii i programów edukacyjnych, które pomagają pacjentom w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących możliwości zachowania płodności przed rozpoczęciem leczenia.

Decyzja o zabezpieczeniu płodności wiąże się z silnymi emocjami, takimi jak nadzieja na przyszłość, lęk przed niepowodzeniem czy stres związany z procedurami medycznymi. Pacjenci muszą przejść przez proces edukacji i doradztwa, aby zrozumieć dostępne opcje i ich konsekwencje.

Kluczowe jest, aby personel medyczny, w tym lekarze, pielęgniarki i położne, był odpowiednio przeszkolony w zakresie onkofertility, aby mógł efektywnie informować pacjentów o możliwościach zachowania

płodności. Wprowadzenie dedykowanych opiekunów w ośrodkach onkologicznych zwiększa szanse na odpowiednie wsparcie pacjentów.

## **Rehabilitacja seksualna i odbudowa intymności**

**Poznanie nowego ciała:** Pacjenci muszą nauczyć się akceptować zmiany w swoim ciele i odkrywać nowe sposoby doświadczania przyjemności. „Nowa mapa ciała” to koncepcja, która pomaga pacjentom w identyfikacji nowych stref erogennych i dostosowaniu się do zmian fizycznych.

**Metoda małych kroków:** Proces powrotu do życia seksualnego powinien być stopniowy, zaczynać się od delikatnych form bliskości, takich jak masaż czy pieszczoty, aby pacjenci mogli odzyskać komfort i pewność siebie w relacjach intymnych.

**Zastosowanie technologii i terapii:** Leki typu Viagra, użycie lubrykantów, terapia próżniowa czy implanty penisa mogą być stosowane w celu leczenia zaburzeń seksualnych u mężczyzn. U kobiet stosowanie żeli intymnych oraz terapia hormonalna mogą pomóc w radzeniu sobie z suchością pochwy i innymi problemami seksualnymi.

**Rola partnera:** Partnerzy powinni być aktywnie zaangażowani w proces rehabilitacji seksualnej, wspierając pacjenta i dostosowując się do nowych warunków. Wzajemne zrozumienie i komunikacja są kluczowe dla odbudowy bliskości i intymności.

## **Znaczenie otwartej komunikacji i wsparcia społecznego**

Pacjenci powinni być zachęceni do otwartego rozmawiania z lekarzami, terapeutami i partnerami o swoich potrzebach i obawach związanych z życiem seksualnym oraz płodnością. Otwarta komunikacja pomaga w lepszym zrozumieniu problemów i znalezieniu odpowiednich rozwiązań.

## **Życie seksualne rodziców dzieci chorujących na nowotwory**

Choroba nowotworowa u dziecka to jedno z najtrudniejszych wyzwań, jakie mogą spotkać rodzinę. Rodzice dzieci walczących z rakiem często muszą zmierzyć się z wieloma problemami jednocześnie – z troską o zdrowie dziecka, zmieniającą się sytuacją rodzinną i zawodową,

a także z własnym stresem i lękiem. W tych warunkach życie seksualne rodziców często schodzi na dalszy plan.

Badania wskazują, że choroba dziecka wpływa na intymne relacje między partnerami. Rodzice dzieci chorych na raka często doświadczają zmniejszonego libido, co wynika z przewlekłego stresu, zmęczenia oraz psychicznego obciążenia związanego z walką o życie dziecka. Wielu rodziców opisuje poczucie winy z powodu poświęcenia czasu na własne potrzeby, w tym seksualne, co dodatkowo pogłębia ich izolację emocjonalną.

Ponadto długotrwała hospitalizacja dziecka oraz częste wizyty w szpitalach sprawiają, że rodzice mają mniej czasu na pielęgnowanie swojej relacji partnerskiej. Brak bliskości i wspólnego spędzania czasu negatywnie wpływa na ich więź emocjonalną, co w konsekwencji może prowadzić do problemów w życiu seksualnym.

Jednak, jak pokazują badania, pary, które potrafią wspierać się emocjonalnie i otwarcie rozmawiać o swoich uczuciach, mają większą szansę na zachowanie bliskiej relacji, nawet w obliczu tak poważnych wyzwań jak choroba nowotworowa dziecka. Wsparcie emocjonalne i wzajemne zrozumienie mogą pomóc rodzicom w znalezieniu równowagi między opieką nad dzieckiem a pielęgnowaniem własnej relacji intymnej.

Wskazówki dla rodziców dzieci chorych na nowotwory:

- **Komunikacja:** Ważne jest, aby otwarcie rozmawiać z partnerem o swoich emocjach, obawach i potrzebach. Często to właśnie brak komunikacji prowadzi do oddalenia się od siebie.
- **Wsparcie psychologiczne:** Skorzystanie z pomocy terapeuty lub psychologa może pomóc w radzeniu sobie z emocjonalnymi skutkami choroby dziecka. Terapia dla par może być szczególnie pomocna w odbudowywaniu relacji.
- **Małe gesty bliskości:** Nawet w trudnych momentach warto pielęgnować bliskość – drobne gesty, takie jak przytulanie, pocałunki, mogą pomóc w utrzymaniu więzi emocjonalnej i intymnej.
- **Odpoczynek i regeneracja:** Ważne jest, aby znaleźć czas na odpoczynek, choćby w formie krótkiej przerwy od codziennych obowiązków, co może pomóc w regeneracji zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej.
- **Wsparcie zewnętrzne:** Warto korzystać z pomocy rodziny, przyjaciół lub grup wsparcia, aby móc choć na chwilę odciążyć się od odpowiedzialności i spędzić czas razem jako para.

Grupy wsparcia dla pacjentów onkologicznych, takie jak Amazonki czy Stomici, oferują miejsce do dzielenia się doświadczeniami i radzenia sobie z trudnościami. Wsparcie od innych osób, które przeszły podobne doświadczenia, może być niezwykle pomocne w procesie zdrowienia.

Edukacja zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego w zakresie onkofertylity oraz rehabilitacji seksualnej jest kluczowa dla zapewnienia kompleksowej opieki. Zwiększenie świadomości na temat dostępnych opcji i metod wsparcia pozwala pacjentom na podejmowanie świadomych decyzji dotyczących ich życia seksualnego i płodności.

## Wnioski

Choroba nowotworowa ma wielowymiarowy wpływ na życie pacjentów, obejmując aspekty fizyczne, emocjonalne, społeczne i seksualne. Kluczowe jest, aby opieka nad pacjentami była holistyczna, uwzględniała wszystkie te aspekty i zapewniała wsparcie na każdym etapie choroby i leczenia. Rehabilitacja seksualna, wsparcie psychologiczne oraz programy onkofertylity są niezbędnymi elementami w procesie zdrowienia, pomagają pacjentom w powrocie do pełni życia i odbudowie relacji intymnych. Otwarta komunikacja, edukacja oraz wsparcie społeczne odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu pacjentom nie tylko fizycznego, ale też emocjonalnego i seksualnego dobrostanu.

---

## Literatura

- American Cancer Society, Poradnia Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Fundacja Tam i z Powrotem, Seksualność mężczyzn w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek, Warszawa 2019.
- Brady A., et al., Gratitude Increases the Motivation to Fulfill a Partner's Sexual Needs, "Social Psychological and Personality Science" 2021, vol. 12(2), pp. 273–281.
- Lew-Starowicz M., Lew-Starowicz Z., Skrzypulec-Plinta V. (red.), Seksuologia, Warszawa 2017.
- Lew-Starowicz Z., Badanie z zakresu zdrowia seksualnego i ogólnego samopoczucia, „Przegląd Seksuologiczny” 2011, nr 4.
- Światowa Organizacja Zdrowia Seksualnego, Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka, 1999.
- Tobiasz-Adamczyk B., „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny, „Przegląd Socjologiczny” 2012, nr 2, s. 81–118.
- Ułaniecka N., Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne, Poznań 2021.
- Zając A., Kornacka A., Salata B., Zaburzenia seksualne kobiet z nowotworem złośliwym jelita grubego i ich leczenie, „Medycyna Paliatywna” 2024, nr 16(2), s. 74–79.

# Jak być przyjacielem chorego przyjaciela

*Magdalena Smorowska*

## **„Zgniłe jajo”**

Czy choroba nowotworowa powinna coś zmienić? Wiadomo, że niesie ze sobą pewne ograniczenia, jednak ważne jest to, żeby żyć normalnie na tyle, na ile się da. Jak to wygląda z perspektywy bliskich i znajomych? Gdy planujemy spotkanie, robimy listę gości, nagle przychodzi moment refleksji: „co robimy z Markiem?”, „nie zaprosimy Marka, bo on jest chory”, „jak możemy się bawić, gdy on jest w trakcie leczenia?”, „on ma chemię, a my się bawimy, na pewno będzie mu przykro”. To jest sytuacja, z którą często spotykam się w gabinecie i która dotyczy dwóch stron. Chorzy nie są już zapraszani na spotkania towarzyskie i nie wiedzą, o co chodzi, co się zmieniło. Zaczynają sobie projektować różne wyobrażenia, np. choroba zweryfikowała znajomych, nie sprawdzili się w trudnościach, może boją się, że się zarażą... Czują wtedy ogromne osamotnienie. Mają wrażenie opuszczenia w przeżywanych trudnościach, w chorobie i w życiu. Natomiast druga strona kompletnie nie wie, jak się zachować. Zaczyna się tworzyć taniec wokół „zgniłego jaja”. Żeby nie urazić, nie powiem nic, żeby nie sprawić przykrości, nie zrobię nic. Drudzy też nic nie powiedzą i nic nie robią, a coś „wisi”. Bliscy chcieliby towarzyszyć choremu w doświadczeniu choroby, ale nie potrafią, i to jest bardzo smutne. Pewna grupa ludzi może się oddalić, jednak większość zostanie, tyle że na swój „niepomagający” często sposób. Dopiero od niedawna kładzie się duży nacisk na psychologię i szeroko rozumiane

wsparcie. Jesteśmy pierwszym pokoleniem, które docenia rolę emocji i daje na nie przyzwolenie, zamiast je tłumić. Pokolenie naszych rodziców nie wiedziało, jak wspierać. Nie mieli psychologii, za to mieli wiele problemów. My się tego dopiero uczymy, dlatego w trudnej sytuacji nie wiemy do końca, co zrobić, żeby np. nie urazić, żeby nie sprawić przykrości, więc na wszelki wypadek nie robimy nic. Często troska o chorego wyraża się w zadawaniu pytań na temat chorowania: „jak leczenie?”, „co lekarze mówią?”, „jakie postępy?”. Zapominamy, że to tylko jakiś wycinek codziennego życia i że nie musimy się zachowywać, jakby nic innego nie istniało. Jeżeli nie wiemy, jak się zachować, pytajmy! Powiedzmy wprost „chciałabym być z tobą, ale nie wiem jak”, „mów mi proszę, bo ja nie wiem”. Kto tak mówi? Oprócz psychologów chyba nikt. A to naprawdę wystarczy. Wsparciem nie muszą być jakieś wyszukane techniki czy metody o skuteczności potwierdzonej badaniami naukowymi. Autentyczność przede wszystkim – to jest to, co „robi robotę”. Mamy prawo nie wiedzieć, co powiedzieć i jak się zachować, ponieważ nie byliśmy tego nauczeni. Nie oznacza to, że nie możemy się tego nauczyć. Należy też pamiętać, że możemy mieć różne uwarunkowania dotyczące bliskości. Dlatego sprawdzajmy, na ile możemy sobie pozwolić, a na ile nie. Mówmy o tym, rozmawiajmy ze sobą. Rozmawiajmy też o rzeczach i sprawach dla nas ważnych i trudnych. Nawet najlepsze nasze intencje mogą zostać odebrane w zupełnie inny sposób. Bliscy nie chcą źle, ale robią to często nieudolnie. Pomagają w sposób, który, jak im się wydaje, powinien pomóc. Powtarzamy wszystkim: „będzie dobrze”, a to chyba jeszcze nikomu nigdy nie pomogło. My nie musimy wiedzieć, co powiedzieć, ale musimy wiedzieć, czego nie mówić. Nazywajmy, co widzimy: „widzę, że jest ci trudno”. Mówmy o swoich odczuciach: „jest mi cholernie przykro”. Naszą rolą nie jest sprawić, aby komuś przeszło. Naszą rolą nie jest zrobić wszystko, żeby pocieszyć. Czasami wystarczy tylko być, regularnie dzwonić, zrobić zakupy albo zawieźć na chemię.

## **Życ normalnie w nienormalnej sytuacji**

Nie róbmy z chorego bardziej chorego, niż jest w rzeczywistości. Sprawdzajmy, na ile ma siłę i gotowość, i angażujmy go w życie codzienne. Gdy rozmawiam z pacjentami, jedną z największych trudności, jakich doświadczają, jest poczucie, że są niepotrzebni albo że są ciężarem. Rodziny i bliscy chcieliby, żeby chory tylko leżał albo siedział

w fotelu, wypoczywał i nic nie robił, żeby się nie przemęczyć. Jeżeli czuje się dobrze, niech funkcjonuje tak, jakby tej choroby nie było. Angażujemy chorych w życie rodzinne i codzienne obowiązki. Niech funkcjonują w miarę normalnie w nienormalnej sytuacji. Nadmierną troską możemy u nich wywoływać silniejsze doświadczanie chorowania i bycia chorym, niż to odczuwają w rzeczywistości.

## Intencje

Nie zawsze nasze intencje mogą być odebrane jako dobre. Warto zawsze zapytać: „czy mogę?”, „daj mi zielone światło na...”. Prośenie bliskiego o świadomą zgodę może wydawać się dziwne, ale przede wszystkim warto się kierować potrzebami chorego. Czasami nasze dobre intencje mogą zostać odczytane jako robienie na złość. Pytajmy, czy możemy, proponujemy, ale na tym nasza rola się kończy. Nawet, gdy jesteśmy na 100% pewni, że mamy rację i że nasz bliski potrzebuje pomocy np. psychiatry, musimy uszanować jego prawo do odmowy. Naszą rolą jest zaproponować i być gotowym na przyjęcie odmowy. Zdarzyła mi się kilka razy sytuacja, kiedy syn umówił matkę na spotkanie ze mną, zapewniając, że wyraziła na to zgodę. Pacjentka o wizycie u psychoonkologa dowiedziała się dosłownie 5 minut przed. Była wściekła na syna, że zrobił coś za jej plecami, zła i negatywnie nastawiona do mnie, bo nie była chętna ani przygotowana na taką rozmowę i nic dobrego z tego nie wynikło. Dlatego powtarzam: naszą rolą jest proponować – i na tym rola się kończy. Nie róbmy nic na siłę, choćby nasze intencje były najszersze i najlepsze na świecie. Świadoma zgoda to podstawa, bez tego ani rusz.

## Instrukcja obsługi

Nie obawiamy się pytać o to, w jaki sposób możemy pomóc. To, co nam wydaje się pomocne, niekoniecznie będzie potrzebą chorego. Zwykle wyniesienie śmieci może być najlepszym, czego nasz bliski dzisiaj doświadczy. Czasami będzie tak, że chory będzie potrzebował od nas obecności. Nie musimy być zadaniowi, nie musimy robić „czegoś”. Możemy po prostu być.

Nie mówmy: „daj znać, gdy będziesz czegoś potrzebować”, bo rzadko kto faktycznie się zgłosi. Mówmy: „jeśli pozwolisz, mogę we wtorek zawieźć cię na chemię”, „w czwartek przywiozę ci obiad”. Możemy

wprost powiedzieć: „daj mi instrukcję obsługi – czego potrzebujesz”. Nie oceniamy, że to mało, że to nic spektakularnego. Słuchajmy potrzeb innych, a nie swoich.

## **Kiedy ktoś choruje, choruje cała rodzina**

Chorowanie zmienia system rodzinny i wywraca go do góry nogami. Nawet gdy chorują nasi bliscy, a nie my sami, nie oznacza to, że z nami się nic nie dzieje. Też mamy prawo przeżywać swoje kryzysy. Mamy prawo doświadczać bezsilności i bezradności. To wszystko jest w porządku, chociaż jest bardzo nieprzyjemne.

Nie musimy sobie radzić. Jest czymś normalnym, że niektóre sytuacje potrafią nas przytłoczyć. Może być tak, że rodzina przeżywa chorowanie bardziej niż sam zainteresowany. Oczywiście możemy tutaj mówić o wyparciu, jednak mamy do czynienia z wyjątkową, jedyną w życiu sytuacją, w której nie trzeba rozbierać tych mechanizmów obronnych. Dopóki chory wyraża zgodę na leczenie, jest dobrze. Gdyby nagle zdał sobie w pełni sprawę z powagi sytuacji, mógłby tego nie udźwignąć i się załamać. Tak samo bliscy. Mogą nie przyjmować wielu kwestii, zaprzeczać temu, co jest, ale dopóki funkcjonują w miarę normalnie, to jest to w porządku. Całkowite przyjęcie bagażu może spowodować załamanie i kompletnie wykluczyć nas z życia codziennego. Dlatego jeżeli czujemy, że sobie nie radzimy, warto skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa, psychoonkologa, psychoterapeuty albo psychiatry. Korzystanie z takiej pomocy to żaden wstyd, mamy prawo nie ogarniać tego, co się wokół nas dzieje. Specjaliści pomogą nam poprawić dobrostan psychiczny i jakość życia i przetrwać ten trudny czas, ponieważ zdrowie każdego z nas jest tak samo ważne.

## **Komunikacja**

Najczęściej konflikty biorą się z niedomówień albo niewypowiedzianych potrzeb. Jako że jestem zwolenniczką dialogu, uważam, że kluczem do zachowania dobrych relacji jest komunikacja. Wspólne rozmowy o ważnych rzeczach i przeżywanych trudnościach. Nie obawiamy się ze sobą rozmawiać. Nie traktujmy siebie nawzajem z nadmierną troską, „żeby nie martwić”, gdy w środku aż się gotujemy. Nie grajmy w ping-ponga: „ty jesteś taki”, „a ty jesteś taka”. Szukajmy wspólnie rozwiązań, kompromisów. Zastanówmy się, co jesteśmy w stanie

odpuścić, a co nie. Reagujmy na swoje zachowania i nazywajmy, co one w nas wywołują. Nie oceniamy siebie nawzajem: „ty zawsze, ty ciągle”, „ty jesteś taka czy owaka”. Odnośmy się do konkretnych zachowań. Możemy mieć poczucie, że partner jest najbardziej irytującą osobą na świecie. Ale wówczas oceniamy zachowanie, nie człowieka. Gdy oceniamy człowieka, jest to przejaw agresji, więc naturalną obroną staje się atak. Używajmy sformułowań: „denerwuje mnie, kiedy robisz...” zamiast: „ty mnie ciągle denerwujesz”; „czuję złość, kiedy robisz to i to...” zamiast: „ty mnie ciągle wkurzasz”.

### **Telefony, telefony...**

„Jak będziesz czegoś potrzebować, to zadzwoń”. Bardzo rzadko zdarza się, że ktoś to zrobi. Gdy pytam pacjentów, dlaczego nie dzwonią, odpowiadają najczęściej: „każdy ma swoje problemy”, „nie chcę zawracać głowy”, „oni mają się czym martwić i nie chcę im dokładać”. Jednak wiem, że ten kontakt jest ważny, dlatego zachęcam, żeby zamiast „zadzwoń, kiedy będziesz czegoś potrzebować” mówić: „zadzwonię za tydzień i zapytam, co u ciebie”.

### **Testamenty, miejsca na cmentarzu i śmierć**

Ten temat jest dla wielu osób przerażający i unikają go za wszelką cenę. „Normalnie” nie rozmawiamy na takie tematy. Kiedy przychodzi czas trudny, kryzysowy, temat śmierci staje się bardzo naturalnym tematem. Nie obawiamy się rozmów, „bo nie daj Boże przyciągniemy, bo się ziści”. Nie mamy takiej supermocy, aby samym myśleniem spowodować katastrofę. Takie rozmowy nie są niczym złym. Rodziny często nie chcą rozmawiać na temat pochówku, a gdy przychodzi co do czego, nie wiedzą na przykład, czy ich bliscy chcieli być pochowani, czy spaleni. Zachęcam, aby raz w życiu porozmawiać na ten temat i wszystko ustalić, a potem nigdy więcej to tego nie wracać, jeśli nie będzie takiej potrzeby. Zdarzają się pacjenci, którzy, gdy tylko dowiedzą się o chorobie nowotworowej, wykupują sobie miejsce na cmentarzu. Chcą za życia wybrać sobie miejsce, aby nie leżeć pod płotem, pod drzewem, żeby liście na jesień nie spadały. To naprawdę jest w porządku, jeżeli ich to uspokoi i ukoi. Nie bójmy się więc rozmów. Możemy też sami pomyśleć, jak my byśmy chcieli być pochowani. Otwiera to wiele możliwości do wspólnych rozmów i dowiedzenia się więcej o sobie nawzajem.

## Dobry pomagacz

Abyśmy byli dobrymi pomagaczami, muszą zostać spełnione określone warunki. Jesteśmy w stanie pomagać innym tylko wtedy, gdy mamy siłę, chęć i gotowość. Bez tego ani rusz. Jeżeli chcemy być skuteczni, musimy spełnić te warunki. Inaczej każda potrzeba chorego będzie w nas wywoływała coraz to więcej nieprzyjemnych emocji, co może powodować narastanie frustracji i nasilenie konfliktów, a w ostateczności utratę relacji. Chory od razu wyczuje naszą niechęć, nawet pomimo najszczerzych intencji. Dlatego jako bliscy osób chorych mamy prawo odmawiać. Może wydawać się, że to się w ogóle nie mieści w głowie, jak tak można?! Rzadko zdarza się, że jesteśmy jedyną osobą w otoczeniu chorego i nie ma kto nas wyręczyć – z reguły zamiast nas może pomóc choremu ktoś inny. Mamy prawo być zmęczeni, znużeni albo po prostu może nam się zwyczajnie nie chcieć. I to jest całkowicie zrozumiałe. My też mamy prawo odmawiać! Przebieg chorowania jest długotrwałym procesem, a życie przecież toczy się dalej. Funkcjonujemy w wielu rolach, w których też się spełniamy. Chodzimy do pracy, uczymy się, zajmujemy się domem, dziećmi. I jak mamy mieć na to wszystko czas, siłę, chęć i gotowość? A pomoc „na odczepnego” zupełnie mija się z celem.

## Jak być dobrym przyjacielem chorego

### *Bądź obecny*

- Po prostu bądź, nie musisz wiele mówić. Przebywanie z chorym, po prostu będąc obok, daje mu poczucie, że nie jest sam.
- Regularny kontakt jest dla chorego sygnałem, że jest dla ciebie ważny, że o nim myślisz.

### *Słuchaj uważnie*

- Słuchaj, nie przerywaj, nie doradzaj od razu. Czasami chory potrzebuje „wygadać się” bez analizowania i oceny.
- Nie staraj się pocieszać na siłę. Jeśli przyjaciel mówi o trudnych emocjach, po prostu przyjmij je – czasem to wystarczy, by poczuł ulgę.

### *Unikaj banalnych pocieszeń i rad*

- „Wszystko będzie dobrze”, „musisz być silny” – tego typu komunikaty powodują poczucie niezrozumienia i opuszczenia.

- Słuchaj potrzeb i nie udzielaj rad, chyba że twój bliski o nie prosi.

#### *Pomóż w praktyczny sposób*

- Pomagaj w codziennych sprawach: zakupy, gotowanie, sprzątanie, odbieranie dzieci ze szkoły, zawożenie na chemię.
- Instrukcja obsługi: ustalcie razem, co jest najbardziej potrzebne – chory może czuć się niezręcznie, prosząc o pomoc, więc proponuj konkretne rozwiązania.

#### *Szanuj przestrzeń chorego*

- Daj przyjacielowi przestrzeń, gdy tego potrzebuje, i nie narzucaj się.
- Zapytaj, jak się czuje z twoją obecnością lub kontaktem – być może nie zawsze będzie miał siłę na rozmowy i to jest zrozumiałe. Przyjmuj odmowę – nie obrażaj się.

#### *Pytaj o chorobę, ale z wyczuciem*

Dowiedz się więcej o chorobie przyjaciela, aby lepiej zrozumieć jego stan. Wiedza pozwoli ci lepiej wyobrazić sobie, przez co przechodzi.

#### *Dotrzymuj obietnic i terminów*

Dotrzymywanie słowa jest niezwykle cenne w sytuacjach trudnych. Dzięki temu będziesz budował poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Bliski będzie wiedział, że może na ciebie liczyć.

#### *Zadbaj o normalność*

- Zachowujcie się normalnie w nienormalnej sytuacji i róbcie razem to, co robiliście wcześniej, o ile jest to możliwe.
- Hobby i zainteresowania – choroba ogranicza, ale nie wyklucza. Spędzajcie czas jak dawnej, szukajcie nowych przyjemności na tyle, na ile macie chęć i gotowość.

#### *Dbaj o siebie*

- Aby być dobrym pomagaczem, trzeba mieć siłę, chęć i gotowość.
- Skorzystaj z pomocy specjalistów albo przyjaciela. Jeśli sytuacja jest dla ciebie trudna, porozmawiaj z kimś o tym, co przeżywasz i co się z tobą dzieje.

### *Bądź cierpliwy i wyrozumiały*

- Doświadczanie nieprzyjemnych emocji jest czymś normalnym. Zmiany nastrojów, frustracja, smutek czy rezygnacja to często naturalne reakcje na trudną i wymagającą sytuację. Możemy i powinniśmy wyrażać negatywne emocje, ale nie odreagowywać je na drugim człowieku.
- Okazuj zrozumienie i bądź cierpliwy – każdy dzień może wyglądać inaczej. Kryzysy się zdarzają. Tak jak przychodzą, tak też odchodzą.



102

Żywnienie po zakończeniu leczenia  
*Martyna Cichoń*

105

Rehabilitacja po operacji nowotworu piersi  
*Agata Andrzejczak-Skrzypczak*

122

Pielęgnacja po zakończonym leczeniu  
*Dorota Rybarezyk*

128

Powrót do normalności – perspektywa bliskich  
*Magdalena Smorowska*

# PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU



Martyna Cichoń – Agata Andrzejczak-Skrzypczak –  
Dorota Rybarczyk – Magdalena Smorowska

# Żywnienie po zakończeniu leczenia

*Martyna Cichoń*

Zakończenie zaplanowanego przez lekarzy procesu leczenia onkologicznego nie zawsze oznacza dla pacjenta to, że z dnia na dzień będzie on mógł wrócić do starych nawyków żywieniowych. Bardzo często styl żywienia musi ulec modyfikacji i zostać dostosowany do aktualnego stanu zdrowia. Jeżeli chory nigdy nie zwracał uwagi na to, co je, jak wygląda jego dieta, czy pokrywa ona zapotrzebowanie na witaminy, składniki mineralne oraz podstawowe białko, tłuszcze, węglowodany i kalorie, to wtedy zmiana sposobu żywienia powinna być zdecydowana, przemyślana i stała.

Podobnie jak w przypadku powrotu do pełnej sprawności fizycznej, tak i w kwestii żywienia konieczny jest czas. Związane jest to najczęściej z toczącym się nadal w organizmie procesem rekonwalescencji, regeneracji i powolnym powracaniem do sprawności narządów i układów, w tym przewodu pokarmowego. Pacjenci bardzo często borykają się z powikłaniami i z pewnymi niedogodnościami ze strony przewodu pokarmowego, które uniemożliwiają spożywanie wcześniej tolerowanych posiłków. Należy tu także brać pod uwagę zastosowane leczenie i wynikające z niego ograniczenia – na przykład resekcję części lub całości narządów, zwłaszcza w obrębie przewodu pokarmowego. W związku z tym w początkowych miesiącach po zakończeniu leczenia zupełnie inaczej powinien odżywiać się pacjent po nowotworze żołądka, który musi uważać na objętość posiłków, ich formę i skład, a inaczej pacjentka po nowotworze piersi, która zazwyczaj może opierać swoje żywienie na ogólnych zasadach zdrowej i racjonalnej diety.

Wyznacznikiem, na który należy zwrócić szczególną uwagę, jest masa ciała oraz to, czy u chorego w trakcie leczenia nie rozwinęło się niedożywienie, i to nie tylko to widoczne, ale również to wynikające z niedoborów. Jeżeli proces leczenia spowodował niezamierzoną utratę masy ciała, należy postarać się dożywić pacjenta tak, aby osiągnął wagę zbliżoną do tej sprzed choroby, lub aby w miarę możliwości osiągnął masę ciała adekwatną do swojego wzrostu. Jeśli jednak w przeszłości pacjent borykał się z nadwagą czy otyłością, wówczas należy ocenić i znormalizować masę ciała, najlepiej pod kontrolą dietetyka, który pomoże zredukować tkankę tłuszczową, nie ograniczając przy tym ilości masy mięśniowej w ciele.

W przypadku, gdy masa pacjenta onkologicznego utrzymywała się na tym samym poziomie przez większość leczenia, zapotrzebowanie kaloryczne po jego zakończeniu powinno zostać oszacowane indywidualnie, z uwzględnieniem aktualnej masy i składu ciała, wieku, płci, aktywności fizycznej i wydolności organizmu. Odpowiednio dopasowana dieta poprawi zdolność do regeneracji organizmu, przyspieszy gojenie ewentualnych ran, powrót do sprawności i wspomże odżywienie w witaminy i składniki mineralne. Zdrowy organizm to z kolei mniejsze ryzyko pojawienia się w przyszłości chorób cywilizacyjnych takich jak nadciśnienie czy cukrzyca, chorób metabolicznych, a także zapobieganie ewentualnemu nawrotowi choroby nowotworowej.

Jeżeli w czasie leczenia onkologicznego pacjent czuł się dobrze i spożywał większość produktów bez żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, to w większości przypadków nie ma przeciwwskazań do tego, by aktualny sposób żywienia opierał się na zasadach zalecanej przez profesjonalistów zdrowej, racjonalnej diety. Wzorcem do bilansowania posiłków może być na przykład opracowany przez specjalistów i ogólnodostępny Talerz Zdrowego Żywienia wraz z zaleceniami. Prawidłowa dieta powinna być bogata w pełnoziarniste pieczywo, makarony, ryż, kasze, warzywa i owoce jako główne źródło węglowodanów. Bazą białkową powinny być nabiał, ryby, chude mięso drobiowe i w mniejszym stopniu wieprzowe, nasiona roślin strączkowych i jaja. Natomiast uzupełnienie diety powinny stanowić zdrowe tłuszcze z olejów roślinnych, nasion, orzechów czy na przykład awokado. Ograniczyć winno się natomiast nadmierne ilości tłustego mięsa czerwonego, słodczyce, alkohol, sól, żywność przetworzoną, fast-food oraz żywność z dużą ilością konserwantów, napoje gazowane i bogate w puste kalorie przekąski. Bardzo ważne jest też wybieranie

bezpiecznych dla zdrowia technik kulinarnych takich jak pieczenie, duszenie czy gotowanie, a ograniczanie grillowania, wędzenia czy smażenia w głębokim tłuszczu.

W sytuacji, gdy leczenie spowodowało u pacjenta upośledzenie pewnych procesów metabolicznych, w tym trawienia, rozszerzanie diety powinno być stopniowe i bardzo ostrożne. Przykładem problematycznych produktów mogą być nasiona roślin strączkowych, warzywa kapustne, cebulowe, produkty bogate w laktozę, fruktozę czy też zawierające gluten. Należy jednak pamiętać, że nawet jeśli w trakcie leczenia pojawiła się czasowa nietolerancja pewnych składników pożywienia, to nie oznacza to wcale, że będzie ona trwała do końca życia. W miarę upływu czasu przewód pokarmowy zregeneruje się i wróci do sprawności, a wówczas wiele z dolegliwości powinno zostać zniwelowane. Dlatego tak ważne jest ostrożne rozszerzanie diety pacjenta, obserwowanie reakcji na nowe produkty i zmienianie form ich spożycia. Tym, na co szczególnie należy zwrócić uwagę, jest reakcja organizmu i ewentualne sygnały ostrzegawcze, które koniecznie należy skonsultować z lekarzem. Mogą to być na przykład problemy z przetykaniem, długotrwałe zaparcia bądź przewlekłe biegunki, odczucia bólu czy pełności po posiłku. W przypadku każdego z tych objawów należy starać się znaleźć przyczynę i próbować ją rozwiązać.

Docelowo należy zadbać przede wszystkim o to, aby chory wychodzący z choroby miał w diecie zapewniony dostęp do wszystkich składników odżywczych i mineralnych. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, w której z powodu leczenia i ograniczeń w spożywaniu pokarmów pojawiały się niedobory makroskładników, składników mineralnych czy witamin. Wówczas należy szczególnie uwzględnić ich źródła w swoim codziennym jadłospisie, tak aby w jak największym stopniu zapewnić możliwość pokrycia zapotrzebowania na nie z żywności bez konieczności suplementowania ich środkami farmakologicznymi. Najlepsza w tym wypadku jest urozmaicona dieta bogata w produkty z różnych grup, zapewniająca nie tylko różnorodność, ale i pokrycie zapotrzebowania.

---

## Literatura:

- Jarosz M., Sajór I., Żywnienie chorych z nowotworami, Warszawa 2016.
- Brzegowy M., Maciejewska-Cebulak M., Turek K., Nie daj się rakowi – wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej, Kraków 2018.
- Kłęk S. i in., Standardy leczenia żywieniowego w onkologii, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2015, t. 65, nr 4, s. 320–337.

# Rehabilitacja po operacji nowotworu piersi

*Agata Andrzejczak-Skrzypczak*

Rehabilitacja pooperacyjna u pacjentek po zabiegu raka piersi jest kluczowa dla poprawy jakości życia, przywrócenia pełnej sprawności fizycznej, zmniejszenia powikłań i zapewnienia wsparcia psychicznego. Proces ten obejmuje fizyczne ćwiczenia i terapię w połączeniu ze wsparciem emocjonalnym, co pomaga pacjentkom odzyskać zdrowie po zabiegu. Fizjoterapia skutecznie wspiera pacjentki w powrocie do codziennego funkcjonowania, a także zwiększa ich pewność siebie i pozwala zaakceptować nowe, niekiedy niekomfortowe warunki po amputacji piersi. Ostateczny plan rehabilitacji zależy od rodzaju operacji oraz indywidualnych potrzeb pacjentki.

## **Cele rehabilitacji po operacji raka piersi**

*Przywrócenie zakresu ruchu w barku i ramieniu po stronie operowanej.*

Operacja piersi, zwłaszcza mastektomia, może powodować ograniczenie ruchomości w barku po stronie operowanej. Dlatego ważnym celem rehabilitacji jest odzyskanie pełnej ruchomości w stawie barkowym, aby pacjentka mogła swobodnie poruszać ramieniem bez bólu czy sztywności. Ćwiczenia wspierają rozciąganie mięśni i przywracanie elastyczności tkanek.

*Zmniejszenie ryzyka obrzęku limfatycznego, zwłaszcza po usunięciu węzłów chłonnych*

Obrzęk limfatyczny jest jednym z najczęstszych powikłań po mastektomii, zwłaszcza jeśli usunięto węzły chłonne. Rehabilitacja skupia się na zapobieganiu obrzękowi limfatycznemu, który może prowadzić do obrzęku ręki i ramienia po stronie operowanej. Pacjentka uczy się wykonywania ćwiczeń wspomagających odpływ limfy oraz stosowania technik drenażu limfatycznego. Czasami zalecane jest noszenie rękawów uciskowych, aby zapobiegać gromadzeniu się płynów.

*Złagodzenie bólu i dyskomfortu pooperacyjnego*

Po mastektomii pacjentka może odczuwać ból w obszarze klatki piersiowej, ramienia i barku. Rehabilitacja ma na celu zmniejszenie bólu poprzez odpowiednie ćwiczenia, techniki oddechowe oraz delikatne techniki manualne, takie jak masaż tkanek miękkich. Prowadzi to do poprawy komfortu codziennego życia pacjentki.

*Przyspieszenie procesu gojenia się blizn*

Rehabilitacja obejmuje techniki wspomagające gojenie się blizn po operacji. Dzięki specjalnym ćwiczeniom i masażom blizny stają się bardziej elastyczne, a tkanki mniej napięte. Regularna pielęgnacja i mobilizacja blizn może zmniejszyć ryzyko tworzenia się zrostów i przykurczów.

*Wzmocnienie mięśni i poprawa postawy*

Po mastektomii, zwłaszcza jednostronnej, pacjentki mogą zmieniać swoją postawę, aby kompensować brak jednej piersi, co może prowadzić do bólu pleców i napięć mięśniowych. Rehabilitacja koncentruje się na wzmocnieniu mięśni górnej części ciała, w tym mięśni barków, ramion i pleców, aby utrzymać prawidłową postawę i zapobiegać problemom z kręgosłupem.

*Przywrócenie siły i wytrzymałości fizycznej*

Osłabienie mięśni i ogólnej kondycji fizycznej po operacji jest częste, szczególnie jeśli pacjentka była mniej aktywna przed zabiegiem. Celem rehabilitacji jest stopniowe zwiększanie siły mięśniowej i wytrzymałości fizycznej, aby pacjentka mogła wrócić do pełnej sprawności i aktywności fizycznej. Obejmuje to ćwiczenia wzmacniające poprawiające wydolność oraz ogólną sprawność fizyczną.

### *Poprawa samopoczucia psychicznego i akceptacja zmian w ciele.*

Mastektomia wiąże się z wyzwaniem nie tylko fizycznymi, ale również emocjonalnymi. Wiele pacjentek zmagają się z lękiem, depresją, niskim poczuciem własnej wartości czy trudnościami z akceptacją swojego nowego wyglądu. Rehabilitacja wspiera adaptację psychiczną do zmian w ciele oraz pomaga w radzeniu sobie z emocjonalnymi aspektami związanymi z chorobą i leczeniem. Może obejmować wsparcie psychologiczne, udział w grupach wsparcia oraz techniki relaksacyjne.

### *Przygotowanie do dalszego leczenia onkologicznego*

Rehabilitacja po mastektomii często przygotowuje pacjentkę do dalszego leczenia, takiego jak radioterapia, chemioterapia czy hormonoterapia, które mogą mieć wpływ na sprawność fizyczną i ogólny stan zdrowia. Celem rehabilitacji jest wzmocnienie organizmu przed rozpoczęciem dodatkowego leczenia, co może przyspieszyć powrót do zdrowia i poprawić tolerancję na leczenie.

### *Edukacja i profilaktyka wtórna*

To kolejny ważny cel rehabilitacji obejmujący samobadanie piersi, rozpoznawanie wczesnych objawów ewentualnego nawrotu choroby oraz dbałość o zdrowy styl życia, aby zmniejszyć ryzyko nawrotu nowotworu. Pacjentka uczy się także, jak dbać o skórę i blizny po operacji oraz jak unikać nadmiernego wysiłku, który mógłby prowadzić do powikłań.

### *Powrót do codziennych czynności i aktywności życiowych*

Rehabilitacja po mastektomii to proces kompleksowy, który obejmuje zarówno przywracanie sprawności fizycznej, jak i wsparcie psychiczne pacjentki. Jego kluczowe cele to przywrócenie pełnej mobilności ramienia, zapobieganie powikłaniom takim jak obrzęk limfatyczny, redukcja bólu, wzmacnianie mięśni oraz poprawa jakości życia pacjentki.

## **Etapy rehabilitacji pooperacyjnej**

### *Bezpośrednio po operacji*

Bezpośrednio po operacji pacjentka zazwyczaj musi pozostać przez krótki czas w szpitalu. Usprawnianie rehabilitacyjne powinno rozpocząć się już w szpitalu, oczywiście jeśli lekarz wyrazi na to zgodę. Rehabilitacja po interwencji chirurgicznej opiera się na drenażu

ułożeniowym przy wykorzystaniu klina, ćwiczeniach oddechowych, ćwiczeniach czynnych samowspomaganych w obrębie całej kończyny górnej, delikatnym dotyku blizny. Najczęściej w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym rehabilitacja odbywa się w pozycji leżącej, ale jeśli stan pacjentki na to pozwala, powoli uzyskujemy pozycję siadu, a później pozycję pionową. Pamiętajmy, że każda pacjentka jest inna i do każdej pacjentki podchodzimy indywidualnie.

#### *Pierwsze tygodnie po zabiegu*

W pierwszych tygodniach po operacji, kiedy rana zaczyna się goić, ważne jest stopniowe wprowadzanie delikatnych ćwiczeń ruchowych, aby uniknąć przykurczy oraz zachować zakres ruchu w stawie barkowym.

- Ćwiczenia oddechowe i delikatne ruchy ramienia: Fizjoterapeuta może pokazać, jak wykonywać proste ćwiczenia polegające na unoszeniu ramienia, zginaniu i prostowaniu łokcia. Na przykład: Stojemy w pionie, kończyny górne ułożone są wzdłuż tułowia. Podnosimy bokiem dłonie ku górze na wdechu nosem, a w czasie ich opuszczania robimy wydech ustami. Takie ćwiczenia są bardzo łagodne i wykonuje się je powoli.
- Ćwiczenia izometryczne: Mogą być stosowane w celu wzmacniania mięśni bez wywoływania dużych ruchów w stawach. Pacjentka może np. delikatnie napiąć mięśnie ramienia i piersi, biorąc głęboki wdech ustami, a następnie wypuścić powietrze, rozluźniając mięśnie na wydechu nosem.
- Opieka nad raną: Należy monitorować ranę i dreny (jeśli są obecne), aby zapobiec przypadkowemu wyciągnięciu drenu. Jeśli coś takiego miałyby miejsce, trzeba zgłosić się do lekarza.

#### *Dalsza rehabilitacja*

W miarę jak postępuje gojenie się rany, rehabilitacja zaczyna koncentrować się na zwiększaniu zakresu ruchu, poprawie siły mięśniowej oraz zapobieganiu długoterminowym problemom z mobilnością.

- Ćwiczenia poprawiające zakres ruchu: Pacjentka zaczyna wykonywać bardziej zaawansowane ćwiczenia, takie jak unoszenie ramienia nad głowę, rozciąganie rąk do boku oraz zginanie w stawie barkowym. Celem jest przywrócenie pełnej ruchomości stawu barkowego.
- Techniki masażu i mobilizacja blizn: Specjalistyczne masaże i techniki manualne mogą pomóc w zmniejszeniu napięcia wokół blizny

oraz w zapobieganiu przykurczom bliznowatym. Masowanie blizny może również poprawić przepływ krwi i przyspieszyć proces gojenia. Bardzo ważne jest, aby nauczyć się samemu automasażu.

- Profilaktyka obrzęku limfatycznego: Pacjentka uczy się, jak unikać urazów i przeciążenia ręki oraz jak wykonywać ćwiczenia wspomagające drenaż limfatyczny, aby zapobiegać obrzękowi. Czasami zaleca się stosowanie rękawów uciskowych.
- Ćwiczenia zwiększające siłę i elastyczność: Pacjentka może wykonywać bardziej złożone ćwiczenia, np. trening izometryczny, pilates czy pływanie, które wspierają ruchomość stawu barkowego i poprawiają siłę mięśniową.
- Korekcja postawy: Po mastektomii lub rekonstrukcji piersi zmiany w postawie mogą prowadzić do bólów pleców lub barków. Rehabilitacja koncentruje się na korekcji postawy ciała, aby zapobiec tym dolegliwościom.

## Ćwiczenia po operacyjnym leczeniu raka piersi

### *Ćwiczenia oddechowe*

- Ćwiczenia przeponowe: Pomagają w rozluźnieniu i poprawie funkcji układu oddechowego, szczególnie po znieczuleniu.
- Ćwiczenia oddechowe z ramionami: Kładziemy ręce na biodrach, bierzemy głęboki wdech, a następnie podczas wydechu unosimy ręce nad głowę.

### *Ćwiczenia na poprawę zakresu ruchu*

- Pajacyki z rękami przy ścianie: Stajemy naprzeciw ścianie i delikatnie przesuujemy ręce po ścianie w górę, jakbyśmy wspinały się po niej palcami, aż osiągniemy najwyższy możliwy punkt.
- Kołyska ramion: Łapiemy rękę po stronie operowanej drugą ręką i delikatnie poruszamy nią w górę i w dół, aby rozruszać staw barkowy.

### *Ćwiczenia wzmacniające*

- Wznosy ramion w bok: Stajemy prosto i unosimy ramiona na boki do poziomu barków.
- Unoszenie ramienia nad głowę: Zwiększanie siły mięśniowej ramienia i barku.

## Zapobieganie obrzękowi limfatycznemu

Obrzęk limfatyczny, który może pojawić się po usunięciu węzłów chłonnych, polega na nagromadzeniu się płynów w tkankach, co prowadzi do obrzęku kończyny górnej. Rehabilitacja ma na celu zapobieganie temu powikłaniu i ewentualne leczenie go.

- Ćwiczenia limfatyczne: Regularne, delikatne ruchy ręką i ramieniem pomagają w usprawnieniu krążenia limfy.
- Masaż limfatyczny (drenaż limfatyczny): Specjalistyczny masaż wykonywany przez fizjoterapeutę lub masażystę. Tutaj bardzo ważne jest, aby pacjentka nauczyła się samodzielnego masażu w celu wspomaganie przepływu limfy.
- Noszenie rękawów uciskowych: Rękawy te stosowane są w profilaktyce i leczeniu obrzęku limfatycznego. W razie potrzeby fizjoterapeuta lub lekarz mogą zalecić ich używanie.

## Ogólne zasady dotyczące wykonywania ćwiczeń po mastektomii

Ćwiczenia po mastektomii są niezwykle ważne, gdyż pomagają pacjentkom odzyskać pełną sprawność, zredukować ból oraz zapobiegać powikłaniom takim jak obrzęk limfatyczny. Jednak bardzo istotne jest, aby wykonywać je prawidłowo, zgodnie z zaleceniami lekarza lub fizjoterapeuty, tak by nie zaszkodzić sobie w procesie rehabilitacji. Poniżej znajdują się ogólne zasady dotyczące wykonywania ćwiczeń po mastektomii:

### *Konsultacja z lekarzem lub fizjoterapeutą*

Przed rozpoczęciem jakichkolwiek ćwiczeń skonsultuj się z lekarzem prowadzącym lub fizjoterapeutą, który oceni, kiedy możesz rozpocząć rehabilitację i jakie ćwiczenia są dla ciebie bezpieczne. Fizjoterapeuta zaprojektuje indywidualny plan ćwiczeń dostosowany do twojego stanu zdrowia, typu operacji oraz ewentualnych powikłań (np. po usunięciu węzłów chłonnych).

### *Stopniowe wprowadzanie ćwiczeń*

Ćwiczenia powinny być wprowadzane stopniowo. W pierwszych dniach po operacji koncentruj się na delikatnych ćwiczeniach oddechowych i lekkich ruchach ramienia. Unikaj forsownych ćwiczeń i gwałtownych

ruchów w pierwszych tygodniach po operacji, aby nie naruszyć gojących się tkanek.

#### *Ćwiczenia wykonywane regularnie, ale z umiarem*

Regularność ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pełnej rehabilitacji. Zaleca się ćwiczyć codziennie, stopniowo zwiększając intensywność ćwiczeń w miarę postępu w rekonwalescencji. Nie przeciążaj się – ćwiczenia nie powinny powodować nadmiernego bólu ani dyskomfortu. Jeśli czujesz silny ból, natychmiast przerwij ćwiczenie i skonsultuj się z fizjoterapeutą.

#### *Unikanie ruchów przeciążających ramię po stronie operowanej*

W pierwszych tygodniach po operacji należy unikać dźwigania ciężkich przedmiotów oraz intensywnych aktywności angażujących ramię po stronie operowanej. Staraj się nie obciążać tej ręki codziennymi czynnościami, jak noszenie torebki, podnoszenie dzieci czy przenoszenie ciężkich zakupów.

#### *Kontrola bólu*

Podczas wykonywania ćwiczeń pacjentka może odczuwać pewien dyskomfort, ale ćwiczenia nie powinny powodować silnego bólu. Jeśli taki ból wystąpi, warto zwolnić tempo lub zrezygnować z danego ćwiczenia. Lekki ból mięśni może być normalny, jednak intensywny ból lub pogorszenie się stanu zdrowia powinny być natychmiast zgłoszone lekarzowi.

#### *Oddychanie i postawa*

Oddychanie jest bardzo ważnym elementem ćwiczeń. Ćwiczenia wykonuj w spokojnym rytmie, nie wstrzymując oddechu. Pamiętaj, aby wdech był wykonywany przy ruchach, które otwierają klatkę piersiową, a wydech przy rozluźnianiu. Postawa ciała również ma znaczenie – ćwiczenia należy wykonywać z wyprostowanym kręgosłupem, unikając garbienia się, które mogłoby prowadzić do problemów z barkiem i plecami.

#### *Unikanie obrzęku limfatycznego*

Jeśli usunięto węzły chłonne, istnieje ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego. W związku z tym po stronie operowanej należy unikać długotrwałego trzymania ręki w tej samej pozycji, przeciążania kończyny

i urazów. Ćwiczenia wspomagające drenaż limfatyczny są bardzo ważne, ponieważ pomagają zapobiegać gromadzeniu się płynów i obrzękom.

#### *Noszenie wygodnej odzieży*

W czasie ćwiczeń warto nosić luźną, wygodną odzież, która nie uciska blizn ani nie ogranicza ruchów. W niektórych przypadkach zaleca się noszenie specjalnych staników pooperacyjnych lub ubrań kompresyjnych, które wspierają rehabilitację.

#### *Monitorowanie postępu*

Regularnie kontroluj swoje postępy w rehabilitacji. Zwracaj uwagę na zakres ruchu, siłę i komfort podczas wykonywania ćwiczeń. Jeśli zauważysz jakiegokolwiek problemy, np. nasilenie obrzęku, ból lub ograniczenia ruchu, skonsultuj się z fizjoterapeutą.

#### *Akceptacja własnego tempa*

Każda pacjentka odzyskuje pełną sprawność we własnym tempie, dlatego ważne jest, aby nie porównywać swojego postępu z postęпами innych. Rehabilitacja po mastektomii wymaga cierpliwości. Słuchaj swojego ciała i nie forsuj ćwiczeń, jeśli czujesz się zmęczona lub osłabiona.

#### *Ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe*

Ćwiczenia relaksacyjne, jak głębokie oddychanie, medytacja czy joga, mogą pomóc w zmniejszeniu napięcia i stresu związanego z operacją i rekonwalescencją. Ćwiczenia oddechowe poprawiają funkcjonowanie układu oddechowego, wspierają gojenie i pomagają w rozluźnieniu mięśni.

#### *Unikanie długotrwałej bezczynności*

Chociaż w pierwszych dniach po operacji należy ograniczyć aktywność, zbyt długie unikanie ruchu może prowadzić do przykurczy i sztywności stawu barkowego. Ważne jest, aby wprowadzać lekką aktywność jak najszybciej po zabiegu, koniecznie pod okiem specjalisty.

#### *Unikanie forsownych aktywności i ćwiczeń siłowych na początku rehabilitacji*

W początkowym etapie rehabilitacji należy unikać aktywności, które obciążają operowane ramię, takich jak podnoszenie

ciężarów czy ćwiczenia wymagające silnego nacisku na mięśnie piersiowe. Intensywniejsze ćwiczenia, jak trening siłowy, należy wprowadzać dopiero po pełnym zagojeniu i za zgodą lekarza.

#### *Edukacja w zakresie samoobserwacji*

Pacjentka powinna być świadoma swojego ciała i rozumieć, kiedy ćwiczenia są korzystne, a kiedy mogą powodować przeciążenie. Ważne jest, aby nauczyć się obserwować swoje ciało pod kątem objawów ewentualnych powikłań takich jak obrzęk, zaczerwienienie czy nadmierne napięcie mięśni.

Ćwiczenia po mastektomii powinny być wykonywane regularnie, ale z umiarem, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentki oraz stopnia zaawansowania procesu gojenia. Kluczowe zasady to stopniowe wprowadzanie ćwiczeń, unikanie przeciążenia, dbanie o prawidłową postawę i kontrolowanie bólu. Regularna rehabilitacja pozwala na szybsze odzyskanie sprawności i poprawę jakości życia po operacji.

## **Drenaż limfatyczny po mastektomii**

Drenaż limfatyczny po mastektomii to specjalistyczna technika terapeutyczna, która ma na celu wspomaganie przepływu limfy w organizmie oraz zapobieganie obrzękowi limfatycznemu, który może wystąpić po operacji. Jest szczególnie istotny dla pacjentek, u których w trakcie mastektomii usunięto węzły chłonne, co może zakłócić naturalny przepływ limfy i prowadzić do jej gromadzenia się w kończynie górnej lub okolicy piersi. Prawidłowo wykonany drenaż może przyspieszyć powrót do zdrowia i poprawić komfort życia pacjentki.

*Dlaczego drenaż limfatyczny po mastektomii jest ważny?*

**Zapobieganie obrzękowi limfatycznemu:** Obrzęk limfatyczny to stan, w którym limfa (płyn bogaty w białko) gromadzi się w tkankach, prowadząc do obrzęku. Może wystąpić w ramieniu, dłoni, klatce piersiowej lub nawet plecach. Powoduje nie tylko widoczne zwiększenie objętości kończyny, ale także ból, ograniczenie ruchomości i podatność na infekcje.

**Poprawa krążenia limfy:** Po usunięciu węzłów chłonnych (zwłaszcza pachowych) przepływ limfy w ciele może zostać zakłócony. Drenaż limfatyczny pomaga przywrócić prawidłowe krążenie limfy, wspierając

organizm w usuwaniu produktów przemiany materii i zapobieganiu zastojom płynu.

**Przyspieszenie gojenia się tkanek:** Delikatna stymulacja układu limfatycznego wspomaga proces gojenia ran pooperacyjnych, zmniejsza stany zapalne i może łagodzić dyskomfort związany z obrzękiem.

**Zmniejszenie bólu i napięcia:** Drenaż limfatyczny działa również na poprawę elastyczności tkanek, zmniejszenie bólu pooperacyjnego oraz rozluźnienie napiętych mięśni.

Jak wygląda zabieg drenażu limfatycznego? Zazwyczaj długość trwania sesji drenażu limfatycznego jest dostosowywana indywidualnie w zależności od stanu pacjentki i stopnia obrzęku. Początkowo drenaż limfatyczny może być wykonywany nawet kilka razy w tygodniu, zaś w miarę postępów leczenia częstotliwość zabiegów może zostać zmniejszona. Drenaż limfatyczny to zabieg relaksacyjny, który nie powinien powodować bólu ani dyskomfortu. Masaż jest bardzo delikatny, aby nie naruszyć tkanek i nie pogłębić obrzęku.

Najczęściej stosowaną metodą jest manualny drenaż limfatyczny (MDL). Polega on na delikatnym masażu ciała, który ma na celu stymulację przepływu limfy w kierunku zdrowych węzłów chłonnych. Ruchy są powolne, płynne i delikatne, co pozwala na mobilizację limfy bez nadmiernego obciążenia naczyń. Masaż wykonuje się delikatnymi, okrężnymi ruchami lub głaskaniem skóry, zawsze w kierunku serca, aby wspomóc odpływ limfy. Ruchy masażu są niezwykle delikatne, ponieważ układ limfatyczny leży tuż pod skórą i nie wymaga silnego nacisku. Sekwencja masażu zazwyczaj rozpoczyna się od stymulacji zdrowych obszarów (np. węzłów chłonnych w szyi lub w pachwinach), aby przygotować je na napływ limfy z obrzękniętej kończyny.

Stosuje się ponadto techniki ruchowe wspomagające drenaż limfatyczny. Pacjentki są zachęcane do wykonywania prostych ćwiczeń, które mogą wspomagać naturalny przepływ limfy. Obejmują one:

- unoszenie ramion i delikatne krążenia barków,
- zginanie i prostowanie łokcia,
- ćwiczenia oddechowe, które pomagają w drenażu limfy z okolic klatki piersiowej.

Ważne jest, aby ruchy wykonywane podczas ćwiczeń były spokojne i kontrolowane.

Inne metody wspomagające drenaż limfatyczny to stosowanie odzieży uciskowej (kompresyjnej) i odpowiednia pielęgnacja skóry. Noszenie rękawów lub opasek uciskowych po stronie operowanej może pomóc w zapobieganiu obrzękowi limfatycznemu. Kompresja wspomaga odpływ limfy z kończyny, zmniejszając ryzyko jej gromadzenia się. Z kolei uważna pielęgnacja skóry jest konieczna, ponieważ po mastektomii i w obrębie obrzękniętej kończyny tkanka skórna może być bardziej podatna na infekcje. Należy unikać zranień, skaleczeń oraz stosować odpowiednie środki pielęgnacyjne, aby skóra była zdrowa i nawilżona.

Drenaż limfatyczny po mastektomii jest kluczowym elementem rehabilitacji, pomagającym w zapobieganiu i leczeniu obrzęku limfatycznego, a także wspierającym gojenie tkanek i zmniejszającym dyskomfort. Odpowiednio dobrana terapia, w tym manualny drenaż limfatyczny oraz ćwiczenia, pozwala pacjentkom na szybszy powrót do pełnej sprawności i poprawia jakość życia po operacji.

### **Kiedy unikać drenażu limfatycznego?**

Chociaż drenaż limfatyczny jest bezpieczny i skuteczny, istnieją pewne przeciwwskazania, które należy wziąć pod uwagę:

- ostre infekcje (np. zapalenie naczyń limfatycznych lub róża),
- zakrzepica żył głębokich,
- niewydolność serca lub inne poważne schorzenia układu krążenia,
- niekontrolowane nowotwory.

Dlatego przed rozpoczęciem terapii należy zawsze skonsultować się z lekarzem.

Wielu specjalistów zaleca ostrożność w wykonywaniu drenażu limfatycznego w przypadku pacjentów onkologicznych z aktywną chorobą nowotworową. Takie przeciwwskazania można znaleźć w wytycznych dotyczących manualnego drenażu limfatycznego (MDL):

- Vignes S., Arrault M., Dupuy A., *Review of manual lymphatic drainage efficacy in the treatment of lymphedema: a critical analysis of the literature*, "Lymphology" 2007. Autorzy artykułu zaznaczają, że drenaż limfatyczny może być stosowany tylko u pacjentów onkologicznych, którzy są w stanie remisji, a nie u tych z aktywną, niekontrolowaną choro-

- bą nowotworową. Podkreślają konieczność współpracy z lekarzami onkologami przed rozpoczęciem terapii.
- *Földi's Textbook of Lymphology for Physicians and Lymphedema Therapists*, eds. M. Földi, E. Földi, Munich 2003. W podręczniku stwierdzono, że w przypadku przerzutujących nowotworów lub nowotworów w fazie progresji manualny drenaż limfatyczny powinien być traktowany jako przeciwwskazanie ze względu na potencjalne ryzyko rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych przez układ limfatyczny.
  - *The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology, "Lymphology" 2020*, vol. 53(1), pp. 3–19. ISL wyraźnie wskazuje na przeciwwskazania do drenażu limfatycznego w przypadku pacjentów z niekontrolowanym lub aktywnym nowotworem. Zaleca przeprowadzenie drenażu tylko wtedy, gdy pacjentka zakończyła leczenie onkologiczne i znajduje się w stabilnym stanie klinicznym.
  - *Tactile Medical, Lymphedema Therapy Guidelines*, 2020. Terapie obejmujące drenaż limfatyczny są przeciwwskazane w przypadku nowotworów, które nie są pod kontrolą. Wskazuje się, że w takich sytuacjach fizjoterapia może zwiększyć ryzyko przerzutów poprzez stymulację układu limfatycznego.

Drenaż limfatyczny jest przeciwwskazany u pacjentów z niekontrolowanym nowotworem z powodu ryzyka przerzutów i przyspieszenia rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych poprzez stymulację układu limfatycznego. Terapia może być bezpiecznie stosowana dopiero po zakończeniu leczenia onkologicznego i ustabilizowaniu stanu pacjenta. Warto zawsze skonsultować się z lekarzem specjalistą przed rozpoczęciem tego typu zabiegów.

## **Automasaż**

Automasaż po mastektomii to forma rehabilitacji, która ma na celu wspomaganie procesu gojenia, zmniejszenie obrzęków oraz poprawę ruchomości ręki i klatki piersiowej po operacji. Może także pomóc w redukcji blizn i poprawie przepływu limfy, co jest kluczowe w zapobieganiu obrzękowi limfatycznemu, szczególnie jeśli podczas zabiegu usunięto węzły chłonne.

*Korzyści płynące z automasażu po mastektomii:*

**Poprawa przepływu limfy:** Automasaż pomaga stymulować przepływ limfy, zapobiegając gromadzeniu się płynów w tkankach (obrzęk limfatyczny).

**Zmniejszenie obrzęku:** Regularny masaż delikatnie odprowadza nadmiar płynów, zmniejszając obrzęk w operowanej okolicy.

**Łagodzenie napięcia i sztywności:** Po operacji wiele pacjentek odczuwa sztywność mięśni i ograniczoną ruchomość ręki. Masaż pomaga rozluźnić mięśnie i zwiększyć elastyczność tkanek.

**Redukcja blizn:** Delikatny masaż blizny poprawia krążenie, elastyczność skóry oraz zapobiega zrostom, które mogą ograniczać ruchomość.

## **Techniki automasażu**

### *Przygotowanie do masażu*

Masaż wykonuje się w pozycji siedzącej lub leżącej, w zależności od tego, co jest wygodniejsze dla pacjentki. Ramię po stronie operowanej powinno być uniesione powyżej poziomu serca, aby wspomóc odpływ limfy. Zanim zaczniemy masować obszar klatki piersiowej, warto skupić się na aktywacji zdrowych węzłów chłonnych (np. w okolicach szyi czy nadobojczykowych), aby przygotować układ limfatyczny do lepszego odprowadzania limfy.

### *Masaż węzłów chłonnych*

Zacznij od delikatnych ruchów okrężnych na węzłach chłonnych nadobojczykowych i szyjnych (po stronie przeciwnej do operowanej piersi), aby aktywować te obszary do drenażu limfy. Wykonuj małe, koliste ruchy palcami, zaczynając od szyi i przesuając się w dół w stronę pach.

### *Delikatne głaskanie skóry w kierunku węzłów chłonnych*

Delikatnie głaszcz obszary w pobliżu operowanej piersi oraz ramienia, kierując ruchy w stronę zdrowych węzłów chłonnych. Wykonuj te ruchy bardzo delikatnie, unikając silnego nacisku, który mógłby uszkodzić tkanki.

### *Masaż ramienia*

Głaskanie ramienia, zwłaszcza w górnej jego części, wspomaga przepływ limfy z kończyny górnej. Kieruj ruchy od dłoni w stronę ramienia, a następnie pachy. Unikaj naciskania na miejsca po usuniętych węzłach chłonnych.

### *Masaż klatki piersiowej*

Bardzo delikatne, koliste ruchy wokół blizny i piersi pomagają w rozluźnieniu tkanek oraz poprawie ich elastyczności. Na początku należy unikać bezpośredniego masowania blizny, zwłaszcza gdy jest jeszcze świeża. Dopiero po kilku tygodniach od operacji, gdy blizna zagoi się, można zacząć delikatnie masować tkanki wokół niej, aby zapobiec tworzeniu zrostów.

### *Masaż blizny*

Gdy blizna jest już w pełni zagojona (najczęściej po kilku tygodniach, ale oceny stanu dokonuje lekarz), można delikatnie ją masować. Używaj okrężnych ruchów palcami, aby zmiękczyć tkanki wokół blizny. Warto stosować specjalistyczne kremy lub oleje na blizny, które ułatwią masaż i poprawiają gojenie skóry.

## **Zasady ogólne dotyczące automasażu**

- **Delikatność:** Automasaż po mastektomii powinien być zawsze delikatny i nie powodować bólu. Unikaj naciskania na miejsca po usuniętych węzłach chłonnych.
- **Regularność:** Masaż powinien być wykonywany codziennie, najlepiej po konsultacji z fizjoterapeutą. Regularność jest kluczowa dla utrzymania efektów takich jak redukcja obrzęku i poprawa mobilności.
- **Unikanie stanów zapalnych:** Jeśli pojawi się ból, zaczerwienienie lub inne objawy stanu zapalnego, należy przerwać masaż i skonsultować się z lekarzem.
- **Czas trwania:** Automasaż powinien trwać około 10–15 minut na jedną sesję, w zależności od potrzeb i zaleceń fizjoterapeuty.

Automasaż po mastektomii jest skuteczną metodą wspierającą powrót do zdrowia, która poprawia przepływ limfy, zmniejsza obrzęki, wspiera gojenie się blizn oraz przyczynia się do poprawy ruchomości i elastyczności tkanek. Kluczowe jest wykonywanie go w sposób delikatny,

zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty, a także unikanie masażu w miejscach, które mogą być podatne na infekcje lub podrażnienia.

Pamiętajmy że rehabilitacja po leczeniu nowotworu piersi jest istotną częścią procesu zdrowienia, ale musi być prowadzona z odpowiednią ostrożnością, aby uniknąć komplikacji i powikłań. Istnieją pewne zakazy i przeciwwskazania, które pacjentki powinny brać pod uwagę w trakcie rehabilitacji. Oto główne z nich:

#### *Zakaz intensywnych ćwiczeń fizycznych bez nadzoru*

Pacjentki po mastektomii, zwłaszcza te, które miały usunięte węzły chłonne, powinny unikać przeciążania ramienia po stronie operowanej. Nie powinny wykonywać intensywnych ćwiczeń ramienia (np. podnoszenia ciężarów, energicznych ruchów) bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem lub fizjoterapeutą. Mogą one zwiększyć ryzyko obrzęku limfatycznego, a także uszkodzenia tkanek. Po operacji tkanki są delikatne, a zbyt intensywne ćwiczenia mogą prowadzić do ich uszkodzenia, szczególnie w przypadku blizn lub zrostów.

#### *Zakaz unoszenia ciężkich przedmiotów*

Zaleca się unikanie podnoszenia ciężarów powyżej 2–3 kg po stronie operowanej przez pierwsze miesiące po operacji (lub nawet dłużej, w zależności od zaleceń lekarza). Podnoszenie ciężarów zwiększa nacisk na układ limfatyczny i może prowadzić do obrzęku limfatycznego.

#### *Zakaz wykonywania ćwiczeń bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem lub fizjoterapeutą*

Każda pacjentka powinna przed rozpoczęciem jakiegokolwiek aktywności fizycznej uzyskać zgodę od lekarza lub fizjoterapeuty, który dostosuje plan ćwiczeń do stanu zdrowia i etapu rehabilitacji. Nieodpowiednie ćwiczenia mogą prowadzić do powikłań takich jak pogorszenie gojenia, ból czy limfodemia.

#### *Zakaz długotrwałej ekspozycji na ciepło*

Zaleca się unikanie nadmiernego ciepła (np. sauny, gorących kąpeli, lamp cieplnych) w okolicach operowanej piersi i ramienia. Wysokie temperatury mogą nasilić obrzęk limfatyczny i prowadzić do stanu zapalnego w tkankach.

### *Zakaz ucisku i noszenia ciasnej odzieży lub biustonoszy*

Należy unikać noszenia obcisłej odzieży i biustonoszy, które mogą wywierać nacisk na obszar operowanej piersi i ramienia. Może to zakłócać przepływ limfy i sprzyjać rozwojowi obrzęku limfatycznego.

### *Zakaz stosowania drenażu limfatycznego bez zgody lekarza*

Drenaż limfatyczny jest przeciwwskazany u pacjentek z aktywnym, niekontrolowanym nowotworem. Jak wspomniano wcześniej, stymulacja układu limfatycznego może potencjalnie sprzyjać przerzutom nowotworowym. Terapie te są zalecane dopiero po zakończeniu leczenia onkologicznego i ustabilizowaniu się stanu pacjentki.

### *Zakaz zbyt wczesnego powrotu do pełnej aktywności*

Powrót do codziennych obowiązków powinien być stopniowy. Zbyt szybki powrót do pełnej aktywności fizycznej, w tym prac domowych, podnoszenia ciężkich przedmiotów czy intensywnych ćwiczeń może spowodować przeciążenie organizmu i komplikacje w procesie gojenia.

### *Zakaz narażania operowanej kończyny na urazy i infekcje*

Unikanie skaleczeń, oparzeń i urazów w operowanej ręce i okolicy klatki piersiowej jest kluczowe, ponieważ układ limfatyczny może nie być w pełni sprawny po usunięciu węzłów chłonnych. Nawet drobne urazy mogą prowadzić do infekcji i obrzęku limfatycznego. Należy unikać zabiegów kosmetycznych takich jak golenie pach, które mogłyby prowadzić do zranień.

### *Zakaz ignorowania objawów obrzęku limfatycznego*

Jeśli pacjentka zauważy jakiegokolwiek objawy, takie jak obrzęk ramienia, dłoni czy klatki piersiowej, powinna natychmiast zgłosić się do lekarza lub fizjoterapeuty. Wczesne rozpoznanie i interwencja mogą zapobiec postępowi limfodemu.

### *Zakaz przeciążania kręgosłupa i postawy*

Po mastektomii, zwłaszcza jednostronnej, pacjentki mogą nieświadomie zmieniać swoją postawę, aby unikać bólu. Może to prowadzić do nieprawidłowego napięcia mięśniowego, co z kolei może powodować ból pleców i szyi. Ważne jest, aby unikać nieprawidłowej postawy

i regularnie wykonywać ćwiczenia rozciągające i wzmacniające pod okiem fizjoterapeuty.

Rehabilitacja po leczeniu nowotworu piersi jest niezwykle istotna, ale musi być prowadzona ostrożnie, aby uniknąć powikłań. Pacjentki powinny wystrzegać się intensywnych ćwiczeń bez nadzoru, noszenia ciasnej odzieży, narażenia na urazy oraz nadmiernej ekspozycji na ciepło. Ważne jest, aby regularnie konsultować się z fizjoterapeutą oraz unikać wszelkich działań, które mogą sprzyjać rozwojowi obrzęku limfatycznego lub innych powikłań. Ponadto zaleca się unikanie nadmiernego ruchu ręką po stronie operowanej, aby dać czas na zagojenie się rany.

# Pielęgnacja po zakończonym leczeniu

*Dorota Rybarczyk*

Choć moment zakończenia leczenia jest symbolicznym pożegnaniem ze statusem chorego, skutki leczenia onkologicznego mogą być odczuwane jeszcze przez długi czas. Włosy, skóra i paznokcie będą je pamiętały przez kolejne miesiące – powrót do stanu sprzed choroby, a przynajmniej do stanu, który można uznać za komfortowy, nie dokonuje się z dnia na dzień. Czasami, jak w przypadku blizn pooperacyjnych, zmiany będą miały charakter trwały. Na szczęście dzięki odpowiedniej pielęgnacji można złagodzić nieprzyjemne skutki leczenia, wspomóc regenerację uszkodzonych tkanek i zminimalizować widoczne ślady ingerencji.

## **Pielęgnacja odrastających włosów**

W większości przypadków włosy zaczynają odrastać po 1–2 miesiącach po zakończonej chemioterapii i zaskakują nową jakością. Zazwyczaj odrastają ciemniejsze, ich łodygi są grubsze, silniejsze i są kręcone. W nielicznych przypadkach (zależnych od rodzaju leczenia) utrata ma charakter trwały, a jeśli leczenie obejmowało naświetlanie fragmentów głowy, to mieszki włosowe mogą zostać zniszczone i mieć charakter łysienia bliznowaciejącego.

Odrastające włosy nadal lubią delikatny masaż pobudzający mikrokrążenie, można wprowadzić łagodny peeling oczyszczający. Przez przynajmniej pół roku po zakończeniu leczenia nadal zaleca się ograniczenie agresywnych zabiegów fryzjerskich i stosowania produktów do

stylizacji. Warto odwiedzić fryzjera, ale wizyta powinna ograniczyć się do łagodnej pielęgnacji i strzyżenia.

W czasie, kiedy włosy odrastają, szczególną uwagę warto zwrócić na dietę. Wszelkiego rodzaju suplementacja, w tym przyjmowanie preparatów na wzmocnienie i porost włosów, musi być skonsultowana z lekarzem, gdyż może wchodzić w interakcje z lekami.

Z kolei w wyniku hormonoterapii występuje na ciele m.in. wzmożone owłosienie. Szczególnie uciążliwe staje się owłosienie na twarzy. Nazywam to „efektem brzoskwini”. Obecnie jedyną całkowicie bezpieczną metodą jest threading, inaczej nitkowanie, czyli usuwanie owłosienia za pomocą specjalnej, odpowiednio splecionej nici. Wiele onkolożek rekomenduje tę metodę swoim pacjentkom.

## Terapia blizn i rekonstrukcyjna

Po ok. 6–12 miesiącach można skorzystać z zabiegu rekonstrukcji otoczki sutkowej oraz rozpocząć pracę nad bliznami pooperacyjnymi.

U moich klientek spotykam się z zastosowaniem leczenia oszczędzającego, w którym zmiana została usunięta chirurgicznie z marginesem, z mastektomią z jednoczasową rekonstrukcją piersi lub z rekonstrukcją odroczoną. Moją rolą jest odtworzenie kompleksu brodawka – otoczka, jeżeli nie został on wyodrębniony chirurgicznie. Za pomocą mikropigmentacji można realistycznie odtworzyć cały kompleks lub połączyć techniki, jeśli została zastosowana rekonstrukcja odstającej części.

Również na etapie przygotowania do rekonstrukcji zalecana jest wcześniejsza pielęgnacja kremem uelastyczniającym skórę, a także masaż fizjoterapeutyczny blizny.

Blizny u pacjentek onkologicznych to ślad na ciele, który fizycznie stanowi defekt oraz może wywoływać dolegliwości utrudniające zakres ruchu. W tym zakresie zdecydowanie pomocna jest wizyta u fizjoterapeuty. Ale zazwyczaj nie to stanowi największy problem. Często słyszę od moich klientek, że widok blizny im nie przeszkadza, za to wspomnienie, jakie wywołuje, jest traumatyczne. Widuję blizny po chirurgii oszczędzającej, po mastektomii, rekonstrukcji piersi, a także po przeszczepach z tkanek własnych – z płata mięśnia grzbietu i z tkanek podbrzusza.

Wiele pań pokrywa miejsca na ciele okaleczone chorobą nową historią zapisaną pięknym tatuażem.

W kosmetologii praca z blizną jest stosunkowo nową dziedziną, wymagającą, odpowiedzialną i rozległą, do której konieczne jest merytoryczne i praktyczne przygotowanie. Zalecenia lekarskie obejmują najczęściej stosowanie plastrów i żeli silikonowych, ale optymalny efekt można uzyskać dzięki pracy zespołowej specjalisty terapii blizn i fizjoterapeuty. Jedna z moich rozmówczyń, która jest po zakończonym leczeniu, apeluje: „Powiedz wszystkim, że terapia blizn, ćwiczenia, rehabilitacja i masaż są bardzo, ale to bardzo ważne”.

Z każdym kolejnym miesiącem po zakończeniu leczenia, w zależności od potrzeb klientki i szeroko pojętych aspektów zdrowotnych, można rozszerzać zakres stosowanych zabiegów. Niestety nie ma gotowej recepty na to, które zabiegi w jakim czasie można wykonać. Terapię pielęgnacyjną, rekonstrukcyjną i upiększającą dla każdej klientki trzeba opracować indywidualnie, dostosowując ją do potrzeb chorego i do danego etapu leczenia.

To nie jest łatwe zadanie, nawet dla doświadczonego kosmetologa. Dlatego nie dziwi fakt, że chorzy i rodziny nieustannie poszukują informacji na temat metod radzenia sobie z dolegliwościami oraz wskazówek, co wolno, a czego nie można wykonywać w trakcie leczenia.

## **Akcje charytatywne**

Istnieje wiele akcji charytatywnych organizowanych zarówno przez znane organizacje, jak i przez mniejsze podmioty, takie jak gabinety kosmetyczne i fryzjerskie. Wiele gabinetów regularnie oferuje limitowane bezpłatne zabiegi pielęgnacyjne, makijażu permanentnego czy zabiegów rekonstrukcji otoczki sutkowej. Informacji o aktualnych ofertach można szukać na stronach internetowych, w mediach społecznościowych oraz u lokalnych organizacji wspierających pacjentów onkologicznych.

Wielodyscyplinarne wsparcie pacjentki onkologicznej powinno opierać się na współpracy z lekarzem, ale także z innymi specjalistami: z psychoonkologiem, psychiatrą, arteterapeutą, fizjoterapeutą, terapeutą blizn, trenerką fitness, fryzjerem, trychologiem, brafterką, dietetykiem, linergistką, pielęgniarką, kosmetologiem.

W świecie współczesnej kultury nacechowanej kultem piękna staramy się znaleźć miejsce dla ciała okaleczonego chorobą. Z pomocą przychodzą gabinety kosmetyczne, które są miejscem pielęgnowania, kojenia i otulania zbolełej skóry, ale najistotniejsze są dłonie najbliższych i domowe przestrzenie codziennej pielęgnacji.

Pielęgnacja i upiększanie nie oddziałują leczniczo na samą chorobę, ale mogą znacząco poprawić jakość życia pacjentki, wpłynąć na jej kondycję emocjonalną i akceptację własnego ciała. Ponadto zwiększają poczucie własnej wartości, redukują stres i napięcie, mobilizują do aktywności, ułatwiają relacje społeczne i rodzinne, odwracają uwagę od choroby. Dlatego kosmetyka to we współczesnym świecie nieodzowny element wsparcia leczenia onkologicznego.

### **Preparaty przeznaczone do pielęgnacji skóry pacjentów onkologicznych**

- Activelab • Radioskin – krem łagodząco-regenerujący
- Alcina • Sensitiv – krem do skóry wrażliwej, balsamy nawilżające do skóry wrażliwej
- Alexandra Kubas • Cream – hipoalergiczny krem ochronny i regenerujący o piankowej konsystencji
- Allenco • Szampon nawilżający, żel myjący
- Arkana • Kanabisowa neuromaść regenerująca, kanabisowy neurobalsam do rąk i ciała
- Atos – Alfa Med • Płyn do płukania jamy ustnej przed, w trakcie i po chemioterapii, piana do higieny jamy ustnej
- Aurea Pharma • Radioprotect – krem korygująco-łagodzący po radioterapii, ChemoDry, RadioSun
- Avène • XeraCalm A.D. – balsam uzupełniający lipidy, Cicalfate+ – krem regenerujący
- Beta Skin • Natural Active Cream
- Bioderma • Atoderm – linia do skóry bardzo suchej i atopowej, Cicabio – krem regenerujący
- Cece med • Produkty do pielęgnacji włosów, np. szampon zapobiegający wypadaniu
- Cicabiafine • Biofaine – krem do ciała, skóry suchej i atopowej

- Dermedic • Linia Capilarte – serum (kuracja stymulująca wzrost i odrost włosów), szampon (kuracja stymulująca wzrost włosów)
- Dermena • Żel hamujący wypadanie włosów i stymulujący proces ich odrastania po zakończeniu chemioterapii, szampon, serum do wrażliwej skóry głowy
- Dexeryl • Krem myjący pod prysznic, emolient-krem zmniejszający nasilenie podrażnień i pomagający zapobiegać nowym
- Diego dalla Palma Professional • Linia Sensitive: łagodzące serum, głęboko odżywczy krem kojący, krem wyrównujący koloryt SPF50, krem do ciała przywracający równowagę lipidową
- Eau Thermale Jonzac • REhydrate – serum intensywnie nawilżające, Cica – krem regenerujący
- Eloderm • Krem do skóry atopowej i wrażliwej
- Environ • Żel antyutleniający
- estGen • Większość produktów
- Genactiv • Colostrigen R – krem regenerujący
- GERnetic • Krem Synchro
- Glenmark • Radioxar
- Himalaya • Krem łagodzący, szampon
- La-Le • La-le ONKO – krem po chemioterapii i radioterapii
- Larens • Krem SOS
- La Roche-Posay • Lipikar Baume AP+M – balsam łagodzący, Cicaplast Baume B5 – balsam regenerujący
- Lbiotica • Biovaxmed – szampon stymulujący odrost włosów
- Marinex • La Squalana – olejek regenerujący
- Medestelle • Korneoterapeutyczny naprawczy krem-mask
- Mydlarnia Cztery Szpaki • Delikatny dezodorant w kremie – bezzapachowy
- NatChemLab • Krem onkologiczny dla osób w trakcie i po chemioterapii oraz radioterapii
- Naqua • Hiszpańska marka profesjonalna specjalizująca się w regeneracji skóry
- Nowa kosmetyka • Serum do skóry głowy, serum do paznokci
- Nutridome • Krem kosmetyczny ONKO
- OncoBeauty • Krem nawilżający, balsam do ciała, szampon łagodzący

- Pharmaceris • X Xrays Liposubtilium – łagodząco-regenerujący krem do twarzy i ciała, SPF 100+ – ochrona przed słońcem, A PURI-SENSILIUM – łagodząca pianka myjąca do twarzy i oczu, A CORNEO-SENSILIUM – dermo-naprawczy krem regenerujący
- RVB LAB • Linia kosmetyków microbioma, np. łagodny krem do mycia ciała, mgiełka s.o.s. z prebiotykami, tonik z perłami kwasu hialuronowego
- Swederm • Hud salva – krem na dłonie, stopy i usta
- The ordinary • Amino Acids – serum nawilżające z aminokwasami i wit. B5
- Vichy • Nutrilogie – krem do skóry bardzo suchej, Mineral 89 – serum nawilżające i wzmacniające
- Ziołolek • Aqua Stop

# Powrót do normalności – perspektywa bliskich

*Magdalena Smorowska*

Przychodzi wreszcie moment zakończenia leczenia. Wszystko wraca do normalności, ale czy na pewno? Życie chorego przez ten czas bardzo się zmienia, zatem zmienia się też wiele w przeżywaniu i doświadczaniu rzeczywistości. Często rozmawiam o tym, co choroba paradoksalnie dała pacjentowi – i rzeczywiście, można po chorobie odzyskać chęci do życia, albo i nie.

Nikt nie robi bilansu życia lepiej, niż chory na chorobę nowotworową. Takie doświadczenie pozwala zweryfikować zadowolenie ze swojego dotychczasowego życia. Osoby, które przeżyły chorobę, mogą bardziej stawiać na siebie, stawiać granice, odważniej mówić, co im się podoba, a co nie. Mogą również dokonywać wielu życiowych zmian, na które wcześniej nie mieli odwagi. To nie jest tak, że nagle „matka zwaśniowała”. Gdy całe życie przelatuje nam przed oczami, zdajemy sobie sprawę, że nie zawsze żyjemy tak, jak chcemy. Po doświadczeniu choroby chcemy żyć inaczej, w zgodzie ze sobą, swoimi potrzebami, dlatego zmiany mogą wydawać się radykalne. Czasami nawet dochodzi do zmiany pracy, do rozstania, do selekcji przyjaciół.

Wiele osób chorujących na chorobę nowotworową doświadczą również po zakończeniu leczenia zaburzeń depresyjnych, lękowych albo adaptacyjnych. Przez niektórych czas chorowania jest uznawany wręcz za traumatyczne doświadczenie. Warto mieć to na uwadze. Bliscy są pierwszymi osobami, które zauważą, że coś jest nie tak. To nie jest normalne, że bliski nie cieszy się z odzyskanego zdrowia, myśli tylko w czarnych

barwach, ma obniżony nastrój i napęd, utracił chęć i motywację lub ma myśli samobójcze. Reagujmy zawsze! Im szybciej, tym lepiej.

Ważnym dla bliskich aspektem zrozumienia osoby chorej jest to, że nawet gdy taka osoba została już uznana za wyleczoną, nie oznacza to, że choroba zniknęła. Obawa czy lęk przed wznową albo przez zachowaniem na nowy nowotwór będzie towarzyszyła choremu do końca życia! Nie da się tego magicznie wyłączyć. Z jednej strony te obawy mogą ratować życie, bo ewentualne niepokojące objawy nie zostaną zignorowane przez pacjentów ani przez lekarzy. Z drugiej strony każde zakłucie, każdy ból, każda anomalia będą nasuwały na myśl tylko jedno: RAK. Tak jakby inne choroby nie istniały. To jest coś, co można tylko przyjąć, z czym nie da się walczyć. Nie znam osoby po chorobie, która by się nie bała. Nie znam osoby, która przed wizytą kontrolną szła do lekarza, jak gdyby nigdy nic. Ten niepokój jest normalny. Dlatego tak ważne jest, żeby go nie bagatelizować. Nie mówić: „nie przesadzaj”. To jest ostatnia rzecz, którą bliscy chcą usłyszeć. Lepiej powiedzieć: „rozumiem, że się boisz, to jest w porządku”, „zróbmy wszystko, żeby to wykluczyć”, „dopóki nie ma diagnozy, nie ma choroby”. Chorzy potrzebują często grupy wsparcia lub towarzystwa drugiej osoby chorej, bo doświadczają od nich zrozumienia, a nie lekceważenia. Czasami trzeba wzbicić się na wyżyny cierpliwości i nie łudzić się, że z czasem to minie – bo nie minie. Ta obawa będzie towarzyszyła choremu do końca życia. Lepiej ją przyjąć i otwarcie się z nią nie godzić, niż udawać, że się ją zaakceptowało.

Nawet po zakończeniu choroby bliski może doświadczać wielu skutków ubocznych leczenia, które mogą, ale nie muszą towarzyszyć mu już do końca życia. Bardzo ważne jest, żeby o tym pamiętać. Zmiany ciała, np. po mastektomii, mogą spowodować niechęć do współżycia. Kobiety mogą czuć się nieatrakcyjne. Odczyny popromienne, drętwienia palców rąk i stóp, luki pamięciowe, nadwaga i wiele, wiele innych dolegliwości mogą spowodować wycofanie. Trzeba o tym rozmawiać i wspierać. Dla niektórych ważne będzie to, że ich bliski żyje, a nie to, jak wygląda. Jednak tego typu komunikaty nie zawsze będą brane na poważnie i nie zmienią nastawienia chorego. Może pojawić się zwątpienie: „mówi tak tylko po to, żeby mnie pocieszyć”. I nie jest to działanie złośliwe, chorzy naprawdę tak czują. Może pojawiać się w nas frustracja i zmęczenie wałkowaniem w kółko tego tematu, jednak dla niektórych wygląd fizyczny jest bardzo ważny i te zmiany mogą być dla nich nie

do przeżycia. Dlatego warto wzmacniać, komplementować, nazywać widoczne postępy i wspierać na tyle, na ile potrafimy. Gdy nasz trud nie będzie przynosił efektów, warto namówić bliskiego na szukanie wsparcia u specjalisty, który udzieli mu profesjonalnej pomocy.

## **Rady w pigułce dla bliskich osób po chorobie nowotworowej**

*Powrót do „normalności” może trwać długo*

- Powrót do zdrowia po leczeniu nowotworowym to proces, który wymaga czasu i różni się u każdej osoby. Warto być cierpliwym i nie oczekiwać, że bliski od razu będzie pełen energii.
- Kontynuuj wsparcie – zmęczenie, ograniczenia fizyczne i emocjonalne mogą utrzymywać się długo po zakończeniu leczenia.

*Traktuj poważnie emocje i otwórz się na rozmowę*

- Lęk przed nawrotem – osoby po chorobie nowotworowej mogą doświadczać go jeszcze przez wiele lat albo do końca życia i nie ma w tym nic dziwnego czy nienormalnego.
- Nie unikaj tematów trudnych. Stwórz bliskiemu przestrzeń do rozmowy bez obaw, że zostanie oceniony.

*Pomóż odbudować pewność siebie*

- Pomóż bliskiemu odbudować pewność siebie poprzez wsparcie i komplementy.
- Organizujcie wspólne spacerunki, aktywności fizyczne dostosowane do możliwości bliskiego, spróbujcie robić to, na co wcześniej nigdy nie było czasu, albo szukajcie nowych pasji.

*Pamiętaj o zdrowym stylu życia dla całej rodziny*

- Wspieraj w nazywaniu i realizowaniu potrzeb.
- Zachęcaj do zdrowej diety, aktywności fizycznej i dbania o sen. Zaangażuj w to całą swoją rodzinę, w tym dzieci.

*Unikaj nadopiekuńczości*

- Pozwól bliskiemu podejmować własne decyzje i wspieraj go w powrocie do codziennych obowiązków, zamiast wyręczać i nadmiernie chronić.

- Zapytaj, czy potrzebuje pomocy i w czym dokładnie – jeżeli będzie jej faktycznie potrzebował, to o nią poprosi, a jeśli nie, to odmówi, bo ma do tego prawo.

*Wspieraj powrót do życia społecznego i zawodowego*

Zachęcaj, by bliski wracał do spotkań z przyjaciółmi. Zachęcaj go do znajdowania czasu na swoje hobby. Wspieraj także, jeśli chce podjąć pracę albo ją zmienić.

*Pamiętaj o wsparciu emocjonalnym dla siebie*

- Pomaganie komuś po chorobie nowotworowej może być bardzo obciążające. Pamiętaj, że ty też jesteś ważny, i zadbaj o siebie tak samo, jak o bliskiego. Ty też możesz być na pierwszym miejscu.
- Jeśli potrzebujesz profesjonalnego wsparcia, rozważ rozmowę z psychologiem.

*Zadbaj o regularne wizyty kontrolne*

- Jeżeli bliski tego potrzebuje, wybieraj się z nim na wizyty kontrolne.
- Staraj się przypominać choremu o istotnych datach. Luki pamięciowe mogą bardzo utrudniać życie. Zorganizuj lub zaoferuj transport czy weź na siebie załatwienie innych logistycznych spraw związanych z wizytami kontrolnymi i badaniami.

*Doceniaj każdy postęp*

Doceniaj postępy i celebryj je – nawet małe kroki w regeneracji to sukcesy.

*Bądź pozytywnie nastawiony, ale myśl realistycznie*

Zamiast obiecywać, że „wszystko będzie dobrze”, powiedz: „na tę chwilę wszystko jest w porządku”, „nie ma diagnozy, nie ma choroby”.

# O autorach

**Agata Andrzejczak-Skrzypczak** – fizjoterapeutka, w roku 2012 ukończyła studia magisterskie na Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a także studia podyplomowe z zarządzania jednostkami ochrony zdrowia w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Od wielu lat nieustannie kształci się w dziedzinie fizjoterapii i regularnie uczęszcza na konferencje naukowe. Od 14 lat jest zawodowo związana ze Szpitalem Miejskim im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, zaś od 3 lat ze Szpitalem Wojewódzki w Toruniu. Od 2020 roku współpracuje z Akademią Walki z Rakiem.

**Mieszko Białas** – doktor nauk medycznych, specjalista onkolog radio-terapeuta, lekarz medycyny estetycznej, międzynarodowy instruktor pierwszej pomocy i stanów nagłych. Absolwent Wydziału Lekarskiego na Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Od 2017 roku zastępca Koordynatora Zakładu Radioterapii we Włocławku – Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej. Zajmuje się leczeniem nowotworów złośliwych o różnych lokalizacjach narządowych. W swojej praktyce szczególną uwagę poświęca zagadnieniom dotyczącym kosmetyki onkologicznej i powikłaniom leczenia onkologicznego.

**Martyna Cichoń** – magister dietetyki, specjalizująca się w żywieniu klinicznym i zbiorowym. Kwalifikacje i doświadczenie zdobyła, kończąc studia na uczelni medycznej w Bydgoszczy. Regularnie poszerza swoją wiedzę, uczestnicząc w licznych szkoleniach i konferencjach naukowych. Od wielu lat pracuje jako dietetyk, również w ramach Akademii Walki z Rakiem, gdzie stara się wspierać żywieniowo pacjentów onkologicznych na różnym etapie leczenia oraz ich najbliższych. W swojej pracy działa nieszablonowo. Do każdego pacjenta podchodzi indywidualnie, starając się dopasować zalecenia do jego umiejętności, możliwości i preferencji.

**Grażyna Durbacz** – pracownik socjalny z wieloletnim doświadczeniem zawodowym. Po ukończeniu Medycznego Studium Zawodowego o specjalności praca socjalna podjęła pracę w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu. Ukończyła studia na UKW w Bydgoszczy, uzyskując tytuł magistra pedagogiki o specjalności praca socjalna. Obecnie pracuje w Centrum Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu na stanowisku pracownika socjalnego. W ramach swojej praktyki zawodowej podejmuje szeroki zakres działań mających na celu poprawę jakości życia osób znajdujących się w trudnej sytuacji zdrowotnej, emocjonalnej i społecznej.

**Dominika Perszke** – psycholog, neuropsycholog, seksuolog. Ukończyła biologię na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, studia z zakresu seksuologii klinicznej i psychologii, a także studia podyplomowe z zakresu neuropsychologii na Uniwersytecie SWPS. Swoją wiedzę wykorzystuje w codziennej pracy z pacjentami Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu, na Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieku Podeszłego. W ramach praktyki prywatnej prowadzi terapię indywidualną, par oraz młodzieży, korzystając z wiedzy poznawczo-behawioralnej i terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Ponadto prowadzi edukację seksualną kobiet i mężczyzn, a także kursy, szkolenia i warsztaty w grupach o różnym przekroju wiekowym.

**Magdalena Smorowska** – psycholog, psychoterapeuta humanistyczno-doświadczeniowy, psychoonkolog i terapeuta uzależnień. Doświadczenie zawodowe zdobywała m.in. w Wojewódzkiej Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Obecnie pracuje na Oddziale Chemioterapii Nowotworów oraz w Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera. Współpracuje z Centrum Psychiatrii i Psychoterapii Colligo, kliniką Prenatalium, Fundacją „Twarze Depresji” oraz Fundacją „Światło”. Jest członkiem Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej.

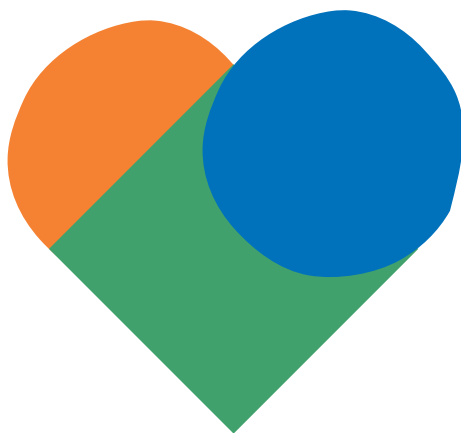
**Dorota Rybarczyk** – założycielka gabinetu Upiększarnia. Licencjonowany kosmetyk, certyfikowana linergistka z ponad 25-letnim doświadczeniem, dyplomowana pielęgniarka, ratownik KPP, prekursorka

i specjalistka kosmetologii onkologicznej. Inicjatorka akcji „Piękno mimo wszystko”. Dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniem jako wykładowca, autorka licznych publikacji, a także właścicielka Centrum Szkoleniowego z zakresu makijażu permanentnego. Jest biegłym sędziwym z dziedziny makijażu permanentnego oraz pielęgniarzką w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Fundacji „Światło”.

**Elwira Zakrzewska** – psycholog i psychoonkolog. Ukończyła socjologię na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, psychologię na Uniwersytecie SWPS i psychoonkologię kliniczną na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Obecnie pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu jako psychoonkolog na oddziale Hematologii. Prowadzi zajęcia ze studentami na Uniwersytecie WSB Merito w Toruniu. Współpracuje z Akademią Walki z Rakiem, prowadząc wsparcie indywidualne i grupy wsparcia, z Amazonkami oraz ze Stowarzyszeniem Kierunek Zdrowie.

# FUNDACJA „ŚWIATŁO”

*Przekaż 1,5%!*



**Tvoja darowizna to wsparcie dla:**

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla pacjentów w śpiączce  
Akademii Walki z Rakiem  
Centrum Opieki Wytchnieniowej „Dom Światła”  
Stypendialnego Funduszu dla Dzieci Osieroconych „Kaganek”

Poznaj nas bliżej na [www.swiatlo.org](http://www.swiatlo.org)

Liczymy na Twoją pomoc!

KRS 0000183283



Praca zbiorowa

Redakcja językowa: Aleksandra Bobrowska

Skład: Aleksandra Tulibacka, OH! Studio

Ilustracje: Aleksandra Tulibacka

Fundacja „Światło”

ul. Grunwaldzka 64

87-100 Toruń

tel. 56 651 12 17

e-mail: [fundacja@swiatlo.org](mailto:fundacja@swiatlo.org)

[www.swiatlo.org](http://www.swiatlo.org)

Wydawca: Fundacja „Światło”

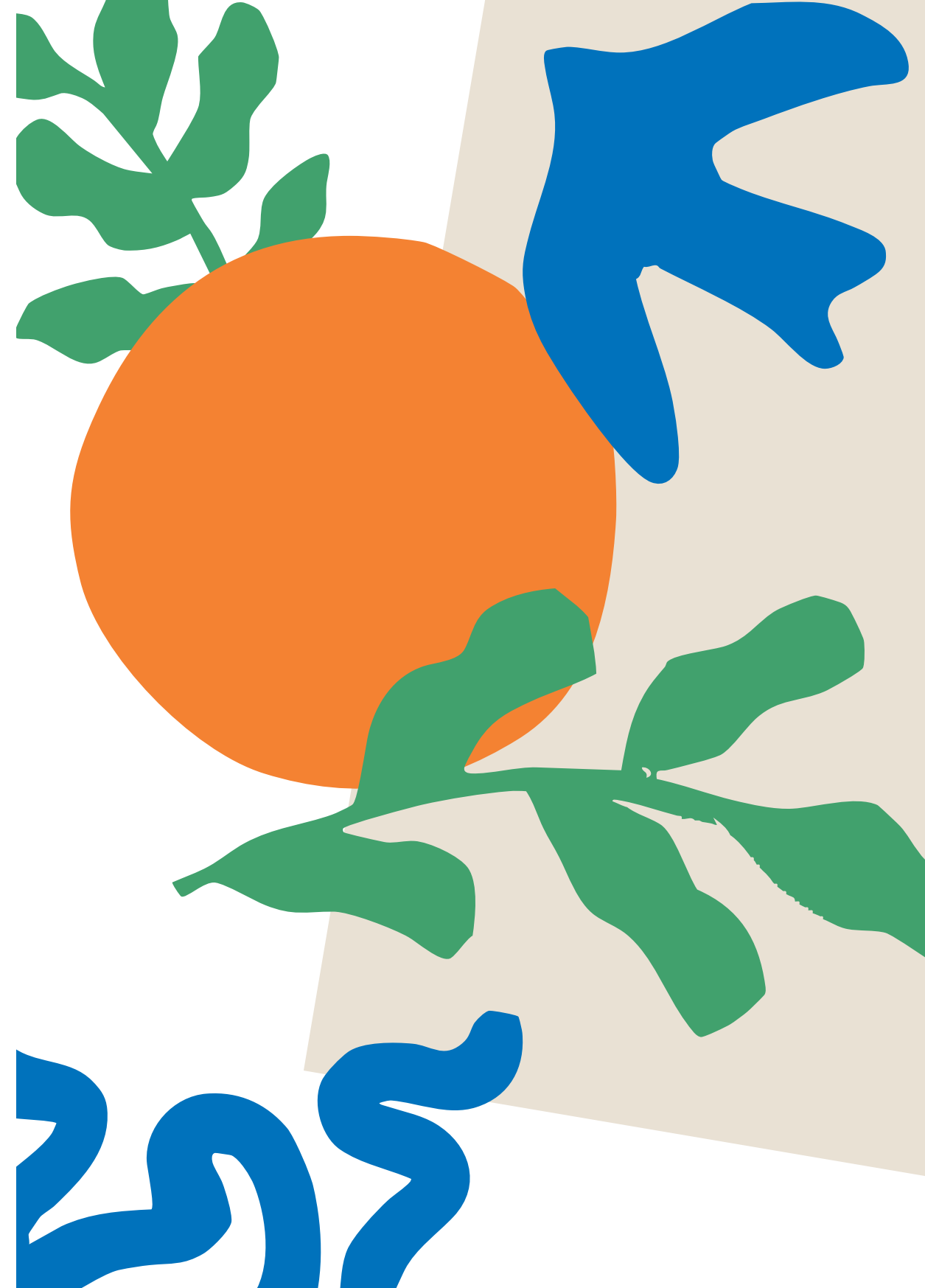
Toruń 2024

ISBN: 978-83-932526-2-6



Copyright © Fundacja „Światło”. Wszystkie prawa zastrzeżone  
Copyright ilustracji © Aleksandra Tulibacka

Książka ani jej część nie mogą być przedrukowywane ani  
w żaden sposób reprodukowane lub odczytywane w środkach  
masowego przekazu bez pisemnej zgody Fundacji „Światło”.





ISBN 978-83-932526-2-6



9 788393 252626