

MACIERZYŃSTWO SPOD ZNAKU RAKA

– CHOROBA JAKO WYDARZENIE KRYTYCZNE W ŻYCIU PRZYSZŁEJ MATKI

KAJA KORONKIEWICZ
 Uniwersytet Wrocławski
 kaja.koronkiewicz@o2.pl



XXI w. jest światem, zdawałoby się, nieograniczonych możliwości. To właśnie teraz człowiek stworzył receptę na młodość i piękno. Otoczył się wygodnymi bibelotami czyniącymi życie na pozór atrakcyjnym. Mimo to niemal każdy z nas czuje się bezradny w obliczu niebezpieczeństwa, jakim jest choroba. Głęboko zakorzenione w naszej podświadomości mity wywołują paralizujący lęk i bierność. Rak piersi jest coraz częstszym tematem doniesień w *mass mediach*, jednak wciąż niewiele kobiet zna prawdziwe przyczyny jego powstania, objawy, zagrożenia oraz możliwości leczenia. Przeważająca część pań unika informacji dotyczących nowotworu i rezygnuje z regularnych badań, w obawie przed usłyszeniem niepokojących wiadomości¹.

Tytuł artykułu ma wymiar symboliczny. Można go rozumieć w dwójnasób. Nawiązuje zarówno do choroby, jak i znaku zodiaku. „Rak zodiakalny związany jest z księżycem, pod jego wpływem i razem z nim rośnie lub zmniejsza się, w zależności od tego, w jakiej księżyc znajduje się fazie”². W organizmie kobiety rozwija się zarówno nowotwór, jak i dziecko. Guz wraz z upływającym czasem ulega powiększeniu przechodząc przez kolejne, coraz bardziej niebezpieczne dla zdrowia, stadia rozwoju. Jedynie interwencja lekarzy umożliwia wyleczenie kobiety, jednak jej skuteczność zależy od wczesnego rozpoznania choroby. Szanse przeżycia dziecka współzależne są z trymestrem, w którym rozpoczęto leczenie³.

Rak to choroba cywilizacyjna wiążąca się nie tylko z uwarunkowaniami genetycznymi, ale przede wszystkim ze stylem życia, środowiskiem oraz wyborami osobistymi. Przetworzona żywność, zadymione miasta, zatrute środowisko decydują o niezmiennie rosnącej zachorowalności na nowotwory. Prognozy są wyjątkowo pesymistyczne. Podejrzewa się, że w najbliższych latach co czwarty mieszkaniec Europy zachoruje na raka⁴. Profilaktyka jest zatem tym bardziej istotna.

Niewątpliwie każda osoba, niezależnie od tego czy znajduje się w grupie ryzyka, czy też nie, powinna posiadać podstawowy zasób wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych. W celu zaznajomienia czytelnika ze zjawiskiem raka piersi współwystępującym z ciążą przedstawię specyfikę choroby, metody jej diagnozowania i leczenia. Zacznę od wyjaśnienia najważniejszego pojęcia, jakim jest nowotwór.

Nowotworem nazywamy nieprawidłowy, nadmierny rozrost komórek, spowodowany zmianami w ich materiale genetycznym. Prowadzi on do powstania łagodnych lub złośliwych guzów⁵. Pierwsze z nich nie dają przerzutów i nie niszczą sąsiednich tkanek. Choć rosną powoli,

¹ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*, Warszawa 1995, s. 9.

² K. Kofta, *Mitologia raka piersi*, [w:] E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław 2007, s. 15.

³ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, *Nowotwory*, [w:] G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2005, s. 265.

⁴ E. Zierkiewicz, *Co to znaczy być Amazonką w Polsce, czyli jak media uczestniczą w konstruowaniu tożsamości biospołecznych*, [w:] D. Hejwosz, W. Jakubowski (red.), *Kultura popularna – tożsamość – edukacja*, Kraków 2010, s. 151-152.

⁵ V. Speechley, M. Rosenfield, *Choroby nowotworowe: objawy, diagnozowanie, metody leczenia. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Warszawa 2008, s. 13.

z czasem mogą osiągnąć bardzo duże rozmiary. Raz wyleczone już nie nawracają⁶. Niekiedy jednak powodują uciski na okoliczne narządy, tym samym upośledzając ich funkcje. Guzy te należy kontrolować, bowiem z czasem mogą ulec przekształceniu w zmiany złośliwe. Drugi typ nowotworu jest niebezpieczny dla życia. Zazwyczaj szybko wzrasta, naciekając otaczające tkanki. Pojawia się powtórnie po jego wycięciu. Komórki nowotworowe mogą oderwać się od tego guza, po czym zostać przeniesione wraz z krwią lub limfą do innych narządów i tkanek. Stworzą w nich kolejne zmiany, zwane przerzutami⁷.

Rak jest rodzajem nowotworu złośliwego, wywodzącego się z tkanki nabłonkowej⁸. Najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet jest rak piersi⁹. Co roku w Polsce zapada na niego ok. 12 tys. kobiet. Ok. 5 tys. z nich umiera¹⁰. Zazwyczaj rozwija się z nabłonka przewodów gruczołów mlekowych, nieco rzadziej natomiast ze zrazików gruczołowych¹¹. Młode kobiety często posiadają zmiany o wyższym stopniu agresywności niż ich starsze koleżanki. Przypuszcza się, iż czas podwojenia szczególnie złośliwych guzów jest dwukrotnie krótszy. Zazwyczaj rak wielkości jednego cm³ tworzy się w organizmie przez ok. osiem lat. Zmiana nowotworowa jest zatem czasochłonna¹².

Choć niewiadomo dokładnie, co wywołuje raka piersi, znane są pewne czynniki ryzyka, powodujące, że określone kobiety są bardziej podatne na jego pojawienie się. Nie przesądzają one jednak o tym, że nowotwór z pewnością powstanie¹³. Należą do nich:

- obecność genów BRCA1 i BRCA2 (mutacje tych genów mogą przyczynić się do dziedziczenia raka piersi)¹⁴,
- współwystępowanie innych nowotworów, także u krewnych (szczególnie raka piersi i jajników),
- wczesne rozpoczęcie miesiączkowania,
- nieposiadanie dzieci,
- pierwsza ciąża po ukończeniu 30 r. ż.,
- poronienia,
- stosowanie doustnych, hormonalnych środków antykoncepcyjnych powyżej 8 lat,
- spożywanie dużych ilości alkoholu (co najmniej 2-3 jednostek dziennie),
- niewłaściwa dieta¹⁵.

Istnieją także charakterystyczne objawy mogące świadczyć o pojawieniu się nowotworu. W przypadku ich dostrzeżenia należy niezwłocznie udać się do lekarza. Są to:

- zmiana kształtu i wielkości piersi,
- zgrubienie lub guz w piersi,
- guz w dole pachowym,
- ból lub ucisk w piersi,

⁶ A. Bullock, O. Stallybrass, S. Trombley (red.), *Słownik pojęć współczesnych*, Katowice 1999, s. 389.

⁷ S. Banek, *Nie bój się raka*, Warszawa 1998, s. 7.

⁸ A. Bullock, O. Stallybrass, S. Trombley, dz. cyt., s. 389.

⁹ E. Zierkiewicz, *Rozmowy o raku piersi. Trzy poziomy konstruowania znaczeń choroby*, Warszawa 2010, s. 142.

¹⁰ Tejże, *Co to znaczy...*, dz. cyt., s. 162.

¹¹ W.S. Gumułka (red.), *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 2001, s. 2055.

¹² R.H. Grobstein, *Wszystko o raku piersi. Co powinniśmy wiedzieć, żeby podjąć właściwe decyzje*, Warszawa 2007, s. 27-29, 96.

¹³ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 22.

¹⁴ R. Buckman, T. Whittaker, *Co trzeba wiedzieć o raku piersi*, Warszawa 2001, s. 17.

¹⁵ J. Piotrowski, *Rak piersi*, [w:] B. Kozakiewicz (red.), *Onkologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2004, s. 56-57.

- zmiany skórne wokół brodawki,
- zniekształcenie lub wciągnięcie brodawki,
- wydzielina, bądź krwawienie z brodawki,
- obrzęk ramienia,
- owrzodzenie skóry piersi
- poszerzenie żył na skórze piersi¹⁶,
- objawy zapalne (tzw. skórka pomarańczy)¹⁷.

Nowotwór piersi to drugi, po raku szyjki macicy, najczęściej występujący nowotwór w ciąży. Jest zjawiskiem rzadkim¹⁸. Stanowi 3% przypadków raka piersi¹⁹. Dotyczy jednej na 3000 do 10 000 ciąż. Mimo to jest problemem, który ma szczególne znaczenie. Trudno bowiem wyobrazić sobie współwystępowanie dwóch równie przeciwstawnych zjawisk jak ciąża – zapowiedź szczęścia, nowego życia, spełnionej kobiecości, oraz rak piersi – synonim cierpienia, walki o przeżycie, utraconej atrakcyjności.

Współcześnie, większość autorów jest zgodna, że ciąża zwykle nie ma wpływu na rozwój raka. Sądzą również, iż nie predysponuje do jego powstania i nie stanowi przed nim ochrony²⁰. Rozpoznanie nowotworu piersi nie oznacza, że należy ciążę zakończyć, choć w przeszłości było to rutynowo stosowane²¹. Obecnie, lekarz powinien rozważać aborcję jedynie wówczas, gdy choroba matki jest bardzo zaawansowana już w pierwszym trymestrze. Istnieje bowiem znaczne ryzyko, że osoba nieleczona – by nie uszkodzić płodu – nie dożyłaby końca ciąży²². Jeżeli natomiast guz zostanie wykryty, kiedy zbliża się termin porodu, najczęściej można opóźnić rozpoczęcie leczenia. Możliwe jest także wcześniejsze rozwiązanie ciąży²³. Mimo to nadal zbyt wielu specjalistów w obawie przed podjęciem takiego wyzwania radzi pacjentkom aborcję. Przeważająca część pań nie zdaje sobie sprawy, że istnieje alternatywa.

Zazwyczaj nowotwór u kobiet ciężarnych rozpoznawalny jest w bardziej zaawansowanych stadiach niż u innych osób. Jego diagnostyka jest bowiem mocno utrudniona. Wynika to z faktu, iż anatomiczne i fizjologiczne zmiany w ciąży mogą maskować jego obecność. Ponadto stosowanie niektórych badań jest przeciwwskazane. Objawy wyczuwalnego guzka kojarzone są na ogół z adaptacją organizmu do nowego stanu. Zarówno lekarze, jak i pacjentki często czekają, by zobaczyć czy zmiana zniknie samoistnie po porodzie. Tłumaczy to gorsze wyniki leczenia²⁴. Rak piersi możliwy jest do wykrycia podczas:

- samodzielnego badania piersi – badanie to należy wykonywać raz w miesiącu począwszy od 20 r. ż.;
- badania palpacyjnego wykonywanego przez lekarza – zaleca się je raz do roku, ewentualnie co dwa lata²⁵;
- ultrasonografii – USG jest przeznaczone dla kobiet młodych, ponieważ posiadają piersi

¹⁶ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 24.

¹⁷ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 58.

¹⁸ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 265.

¹⁹ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 66.

²⁰ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 265-266.

²¹ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 110.

²² A. Kalocińska, *Synku, urodziłam cię mimo wszystko*, <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1329,page,2,title,Synku-urodzilam-cie-mimo-wszystko,wid,13101766,wiadomosc.html>, 29.12.2012.

²³ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 45.

²⁴ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 110.

²⁵ A. Niwińska, *Masowe badania przesiewowe (skriningowe)*, [w:] A. Kułakowski, A. Skowrońska-Gardias (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2003, s. 37-38.

o strukturze gruczołowej. Jest powszechnie stosowane u pań w ciąży. Polega na badaniu tkanek przy użyciu ultradźwięków. Fale ultradźwiękowe wysyłane są do organizmu przy pomocy specjalnego czujnika, przesuwanego po powierzchni skóry. Na ciele rozprawa- dzany jest żel, ułatwiający ich przewodzenie. Powracające sygnały przetwarzane są na ob- razy. Badanie to jest całkowicie bezbolesne²⁶, niestety, nie wykrywa dobrze małych zmian²⁷; mammografii – to metoda radiologicznego badania promieniami rentgenowskimi. Jest za- lecana paniom po 40 r. ż., ponieważ posiadają piersi o strukturze tłuszczowej²⁸. Lekarz może skierować na mammografię każdą kobietę, niezależnie od wieku, w przypadku wykrycia podejrzanych zmian²⁹. Badanie umożliwia wykrycie nawet bardzo małych guzków. W jego trakcie umieszcza się pierś między dwiema płytkami i poddaje ekspozycji na niewielką dawkę promieniowania X³⁰. Pacjentkom z grupy wysokiego ryzyka zaleca się częstsze wy- konywanie badań niż pozostałym paniom oraz rozpoczęcie ich w młodszym wieku. Kobiety w ciąży rzadko są kierowane na mammografię, ponieważ promieniowanie rentgenowskie może uszkodzić płód. Jeśli mimo wszystko badanie zostanie wykonane, prawdopodobień- stwo wykrycia nieprawidłowości jest zdecydowanie mniejsze niż u pozostałych osób³¹.

W przypadku wykrycia guzka, w celu pobrania materiału do badania mikroskopowego, przeprowadzana jest biopsja. Nie jest ona groźna dla zdrowia, nie przyspiesza także rozwoju raka³². Lekarzem uprawnionym do postawienia ostatecznej diagnozy jest patolog. Biopsja igłowa może być nieprzyjemna, spowodować krwawienie wewnętrzne i powstanie siniaka³³. Jej wadą jest fakt, że negatywny wynik nie może być brany pod uwagę, bowiem nie oznacza, że nie ma raka. Osobę o takim wyniku czekają zatem dalsze badania³⁴. Rodzaje biopsji igłowej to:

- biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – pozwala stwierdzić czy guz jest lity czy jest to torbiel. Polega na nakłuciu zmiany przy pomocy cienkiej igły. Lekarz pobiera niewielką ilość komórek do strzykawki. Po specjalnym zabarwieniu są one oglądane przez patologa pod mikroskopem. Zaletą badania jest możliwość szybkiego otrzymania wyniku³⁵. Za- bieg zwykle jest bezbolesny;
- biopsja gruboigłowa – wykonuje się ją, gdy wynik biopsji cienkoigłowej nie jest jedno- znaczny. Stosuje się w niej nieco większą igłę (o grubości około 3 mm). Badanie przepro- wadza się w znieczuleniu miejscowym. W jego trakcie lekarz pobiera fragment tkanki guza o długości 1-2 cm i średnicy 2-3 mm. Materiał przesyła do laboratorium histopatolo- gicznego, w którym patolog tnie tkankę na cienkie skrawki i bada je pod mikroskopem³⁶.

Po rozpoznaniu choroby lekarz musi określić stadium jej zaawansowania. Umożliwi to wybór najwłaściwszej metody leczenia, dostarczy danych dotyczących rokowania, pomoże przewidzieć wyniki terapii oraz ułatwi wymianę informacji wśród personelu szpitala³⁷. O stopniu zaawanso-

²⁶ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 43.

²⁷ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 41.

²⁸ W.S. Gumułka (red.), dz. cyt., s. 2057.

²⁹ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 41.

³⁰ M. Whitehouse, M. Slevin, *Choroba nowotworowa*, Warszawa 1998, s. 109-110.

³¹ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 110.

³² W.S. Gumułka (red.), dz. cyt., s. 2056.

³³ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 30-31.

³⁴ R.H. Grobstein, dz. cyt., s. 86-87.

³⁵ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 39.

³⁶ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 30-31.

³⁷ B. Kozakiewicz, *Podstawowe badania podmiotowe i przedmiotowe wykorzystywane w onkologii – nowotworach złośliwych narządu rodnego i raka piersi*, [w:] tejże, *Onkologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2004, s. 13.

wania raka świadczy jego wielkość, obecność komórek nowotworowych w pachowych węzłach chłonnych i innych częściach ciała³⁸. Precyzyjne określenie zaawansowania choroby umożliwia tzw. klasyfikacja TNM: T – wielkość guza, N – okoliczne węzły chłonne, M – przerzuty odległe. Uwzględnia ona poszczególne stopnie rozwoju³⁹. Wyróżniamy następujące stadia zaawansowania raka:

- stadium 0 – to najwcześniejsze stadium rozwoju choroby. Rak jest nieinwazyjny. Znajduje się w całości w nabłonku, z którego powstał. Rokowania pacjentek są doskonałe⁴⁰;
- stadium I – guz ma do 2 cm wielkości i nie rozprzestrzenił się poza pierś⁴¹. Chorzy mają 90% szans na przeżycie 5 najbliższych lat⁴². Jeśli w tym czasie nie pojawią się nowe zmiany pacjentka uznawana jest za wyleczoną.
- stadium II – guz ma więcej niż 2 cm, ale mniej niż 5 cm, lub/i w pachowych węzłach chłonnych stwierdza się komórki rakowe. Nowotwór nie wykazuje oznak przerzutów do pozostałych części ciała⁴³. Pacjentka ma 70% szans na przeżycie 5 lat⁴⁴;
- stadium III – zmiana jest duża. Ma więcej niż 5 cm średnicy. Węzły chłonne zazwyczaj są zajęte, jednak nie występują przerzuty do innych narządów⁴⁵. Przeżycia 5-letnie pacjentek wynoszą 50%⁴⁶;
- stadium IV – nowotwór ma dowolną średnicę, jest rozsiany. Rozprzestrzenił się na węzły chłonne i inne narządy, dając odległe przerzuty⁴⁷. Najczęstszymi miejscami przerzutów raka piersi są: płuca, kości, wątroba, mózg i jajniki⁴⁸. Szacuje się, iż jest 30% szans na przeżycie najbliższych 5 lat⁴⁹.

Po określeniu stopnia zaawansowania choroby układany jest indywidualny plan leczenia kobiety. Zazwyczaj jego pierwszym etapem jest przeprowadzenie operacji, mającej na celu usunięcie z piersi guza. Metody leczenia chirurgicznego:

- oszczędzające leczenie chirurgiczne – polega na usunięciu guzka wraz z marginesem otaczających go, zdrowych tkanek. Wycięty materiał przesyłany jest do laboratorium, w którym bada się, czy granice cięcia nie obejmują komórek nowotworowych. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym. Operacja pozwala zachować kształt piersi, brodawkę i otoczkę. Dzięki temu ewentualne karmienie dziecka jest możliwe. Zabiegu nie można jednak przeprowadzić, gdy nowotwór jest duży oraz gdy stwierdzono obecność więcej niż jednego guza⁵⁰. Po operacji oszczędzającej konieczne jest stosowanie niekorzystnej dla płodu radioterapii. Zabieg można przeprowadzić w trzecim trymestrze ciąży, odraczając naświetlanie na okres po porodzie⁵¹.

³⁸ R.H. Grobstein, dz. cyt., s. 124.

³⁹ W.S. Gumułka (red.), dz. cyt., s. 2056.

⁴⁰ R.H. Grobstein, dz. cyt., s. 126.

⁴¹ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 111.

⁴² J. Piotrowski, dz. cyt., s. 118.

⁴³ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 111.

⁴⁴ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 118.

⁴⁵ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 111.

⁴⁶ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 118.

⁴⁷ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 111.

⁴⁸ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 37.

⁴⁹ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 118.

⁵⁰ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 40-41.

⁵¹ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 66.

Mastektomia – to operacja usunięcia całej piersi wraz z otaczającą ją skórą, brodawką i otoczką⁵². Można ją wykonać na każdym etapie ciąży⁵³. Obecnie stosowane są jej dwa typy: zmodyfikowana mastektomia radykalna oraz mastektomia prosta. Pierwsza z nich polega na wycięciu piersi, mięśnia piersiowego mniejszego oraz niektórych węzłów chłonnych. Po zabiegu zachowane są ruchy ręką⁵⁴. W trakcie mastektomii prostej nie usuwa się mięśni klatki piersiowej. Zabiegowi nie zawsze towarzyszy zlikwidowanie węzłów chłonnych dołu pachowego. Po operacji pacjentka musi regularnie ćwiczyć⁵⁵. Po wyjściu ze szpitala powinna zacząć stosować protezy zewnętrzne, które oprócz komfortu psychicznego, zapobiegają skrzywieniom kręgosłupa. Pannie mają także możliwość poddania się rekonstrukcji piersi⁵⁶. Zabieg wykonywany jest zarówno w tym samym czasie co mastektomia, jak również w terminie późniejszym. Kobiety w ciąży powinny go jednak odroczyć, bowiem wygląd ich nieoperowanej piersi ulega nieustannej przemianie i po porodzie może różnić się od dotychczasowego. Istnieją dwie metody przeprowadzenia operacji. W pierwszej wszczepia się implant. W drugiej używa własnego mięśnia pacjentki (zazwyczaj z pleców, bądź brzucha). Możliwe jest także odtworzenie otoczki z brodawką⁵⁷. Rekonstrukcja nie wpływa ujemnie na przebieg choroby i sposoby jej leczenia⁵⁸.

Leczenie miejscowe składa się z operacji i radioterapii. Jest ono skierowane na guzek i węzły chłonne dołu pachowego. Po zabiegu może być stosowane leczenie uzupełniające, mające na celu opóźnienie ewentualnej wznowy choroby oraz zmniejszenie ryzyka powstania przerzutów. Jest ono konieczne gdy doszło do rozsiewu komórek rakowych w węzłach chłonnych. W skład terapii adiuwentowej (uzupełniającej) wchodzi: radioterapia, chemioterapia i hormonoterapia.

Radioterapia polega na napromienianiu tkanek. W miejsce pierwotnego występowania guza kierowana jest wiązka promieni o wysokiej energii. Ma ona za zadanie zlikwidować pozostałe po leczeniu chirurgicznym komórki nowotworowe⁵⁹. Całkowita dawka niezbędna do zniszczenia guza dzielona jest na poszczególne dawki dzienne. Zmiana nowotworowa ma mniejsze zdolności gojenia się niż tkanka właściwa. Komórki zdrowe ulegają zatem częściowej odnowie, podczas chore stają się coraz słabsze⁶⁰. Radioterapia może być podawana na dwa sposoby. Metodą używaną najczęściej jest teleradioterapia. Nie wymaga ona pozostawiania w szpitalu. Podawana jest zwykle w cyklach, które trwają od czterech do sześciu tygodni⁶¹. Przed pierwszym zabiegiem technik zaznacza na ciele osoby chorej okolicę przeznaczoną do terapii. Zaleca się by jej nie myć, w obawie przed spowodowaniem podrażnienia skóry. Leczenie jest bezbolesne i nie wymaga ograniczenia kontaktów z rodziną. Naświetlanie trwa ok. 5 min, a przygotowanie do zabiegu nieco dłużej. W jego trakcie należy pozostawać w tej samej pozycji⁶². Radioterapia może być stosowana dopiero po porodzie. W okresie 9-10 dni od zapłodnienia prowadzi zwykle do obumarcia zarodka. Ekspozycja na promieniowanie pomiędzy drugim a szóstym tygodniem ciąży stanowi przyczynę występowania wad rozwojowych i za-

⁵² M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 112.

⁵³ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 66.

⁵⁴ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 112.

⁵⁵ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 42, 65.

⁵⁶ W.S. Gumułka (red.), dz. cyt., s. 2057.

⁵⁷ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 112-113.

⁵⁸ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 56.

⁵⁹ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 38, 50-51, 55.

⁶⁰ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 61.

⁶¹ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 61-62.

⁶² R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 52-53.

burzeń wzrostu płodu⁶³. Jeśli kobieta zaszła w ciążę po ukończeniu leczenia jego przebycie nie powoduje powstania wad⁶⁴.

Chemioterapia to terapia lekami cytotoksycznymi, które mają za zadanie zniszczyć komórki nowotworowe w całym organizmie. Hamuje możliwości ich wzrostu i podziału. Najczęstszą metodą jej podawania jest iniekcja dożylna przy pomocy kroplówki lub strzykawki. Leki dostarczane są w cyklach⁶⁵. Pełna terapia ma od czterech do ośmiu cykli. Każdy z nich trwa od jednego do kilku dni. Przerwa między nimi obejmuje od jednego do czterech tygodni. Umożliwia ona regenerację zdrowych komórek⁶⁶. Leczenie prowadzone jest ambulatoryjnie. Może być stosowane zarówno przed, jak i po zabiegu chirurgicznym. W pierwszym przypadku podaje się je by zmniejszyć nieoperacyjny guz do rozmiarów umożliwiających zabieg. W drugim w celu zlikwidowania potencjalnych mikroprzerzutów⁶⁷. Najpoważniejszym skutkiem chemioterapii jest zwiększenie ryzyka zakażeń. Leczenie powoduje również problemy z płodnością. Po jego zakończeniu część kobiet nie będzie mogła mieć dzieci⁶⁸. Pozostałe panie powinny odczekać od dwóch do trzech lat zanim zaczną się starać zająć w ciążę. Do objawów niepożądanych należą ponadto: mdłości, zmęczenie, wypadanie włosów, biegunka, utrata apetytu, owrzodzenie śluzówki jamy ustnej. Po zakończeniu leczenia powinny one same ustąpić. Chemioterapia jest bardzo skuteczna w walce z rakiem. Szczególnie wskazana jest u młodych kobiet z zajętejmi węzłami chłonnyymi pachy⁶⁹. Jej stosowanie w czasie 10-14 dni po zapłodnieniu powoduje zazwyczaj poronienie. W okresie 14-56 dni może natomiast doprowadzić do powstania wad rozwojowych⁷⁰. Po zakończonej organogenezie płodu uchodzi za stosunkowo bezpieczną⁷¹. Nie powinna być jednak stosowana trzy tygodnie przed planowanym porodem⁷². Jeśli kobieta zaszła w ciążę po ukończeniu leczenia jego przebycie nie ma wpływu na powstanie uszkodzeń płodu.

Hormonoterapia to leczenie zmierzające do obniżenia, bądź całkowitego zahamowania wytwarzania, estrogenu. Jest to możliwe dzięki podawaniu leków z grupy antyestrogenów⁷³. Większość hormonów dostarczana jest w postaci tabletek. Przyjmowane są zwykle od dwóch do pięciu lat⁷⁴. Najczęściej stosowany jest tamoksyfen. Uniemożliwia on wychwytywanie estrogenu przez receptory w komórkach nowotworowych. Tym samym blokuje mechanizm pobudzający je do wzrostu⁷⁵. Lek ten jest skuteczny zarówno w terapii raka piersi, jak i w jego prewencji u kobiet obciążonych genetycznie⁷⁶. Efektem ubocznym jego stosowania może być przyspieszone przekwitanie, nieregularne miesiączki, obniżona płodność⁷⁷. U kobiet w ciąży nie stosuje się hormonoterapii. Leki podawane są dopiero po porodzie⁷⁸.

Obecnie istnieje wiele placówek oferujących różne formy leczenia komplementarnego, takie

⁶³ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 272.

⁶⁴ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 111.

⁶⁵ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 68-70.

⁶⁶ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 71, 73.

⁶⁷ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 66-67.

⁶⁸ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 56-57.

⁶⁹ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 67-68, 111.

⁷⁰ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 272.

⁷¹ J. Piotrowski, dz. cyt., s. 66.

⁷² W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 272.

⁷³ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 65, 111.

⁷⁴ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 80.

⁷⁵ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 114.

⁷⁶ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 81.

⁷⁷ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 66.

⁷⁸ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 44.

jak: masaż, aromaterapię czy relaksację. Stosuje się je równolegle z opieką szpitalną. Eliminują stres i poprawiają samopoczucie osób chorych⁷⁹. Niektóre typy leczenia niekonwencjonalnego mogą mieć jednak niekorzystny wpływ na tradycyjną terapię i rozwój płodu. Pacjentka powinna zatem zawsze poinformować lekarza o sposobie leczenia, który zamierza wypróbować⁸⁰. Osoba chora może skorzystać również z leczenia alternatywnego, stanowiącego środek zastępczy w stosunku do medycyny akademickiej⁸¹. Działanie to jest jednak kontrowersyjne.

Współcześnie, rak piersi coraz częściej z choroby śmiertelnej przemienia się w przewlekłą. Panie po otrzymaniu diagnozy zostają pacjentkami na całe życie. Od tej pory muszą regularnie uczestniczyć w badaniach kontrolujących stan ich zdrowia⁸². Przez pięć pierwszych lat są zagrożone nawrotem choroby. Niektóre z nich przez ten czas będą musiały poddawać się hormonoterapii. Osoby po mastektomii do końca życia powinny każdego dnia rehabilitować rękę od strony operowanej⁸³. Jak zauważyła Edyta Zierkiewicz można uznać, że „(...) medycyna »produkuje« kolejne pacjentki, które będzie nie tylko leczyła, ale i utrzymywała przy życiu”⁸⁴.

Obecnie, problem raka piersi traktowany jest niemal wyłącznie w kategoriach medycznych. Większość lekarzy stosując niezrozumiałą przez pacjentki terminologię, nie wykazując się należytą subtelnością i empatią, doprowadza do uprzedmiotowienia chorych. Panie stają się bardziej lub mniej interesującymi „przypadkami”⁸⁵. „Definiowana przez pryzmat medycyny kobieta z rakiem piersi to wyłącznie »permanentna pacjentka«, jej aktywność powinna się koncentrować na monitorowaniu sygnałów płynących z chorującego ciała i na zgłaszaniu niepokojących objawów lekarzowi”⁸⁶. Przymus korzystania z usług placówek medycznych i ich przedstawicieli sprawia, że osoby chore godzą się na dotykanie, analizowanie i stosowanie zabiegów, które nie są im wyjaśniane⁸⁷. Zdaniem Emilii Mazurek, „władza lekarzy nad ciałem pacjentki na tyle mocno identyfikuje ich rolę, że nie mają potrzeby informowania swojej podopiecznej, jakie metody leczenia zastosują i jakie są tego ewentualne skutki uboczne”⁸⁸. Osoba chora zostaje pozbawiona możliwości decydowania nie tylko o samej sobie i swoim ciele, ale i o nienarodzonym dziecku. Większość specjalistów nie pyta bowiem pacjentek czy chcą urodzić. Nie informuje ich, że jest taka możliwość. Lekarze, podejmując decyzję o aborcji, wymagają od kobiety, że podda się jej bez zadawania zbędnych pytań. Powszechna medykalizacja raka piersi nakazuje postrzegać nowotwór tylko i wyłącznie z perspektywy biomedycyny⁸⁹. Tymczasem stanowi on również problem natury psychicznej.

Zachodni świat charakteryzuje się swoistym kultem ciała. Obecnie coraz częściej postrzega się ludzi przez pryzmat ich fizyczności. Stopniowo tożsamość zostaje przeniesiona na powierzchnię. Wygląd staje się głównym kryterium oceny człowieka, także jego samooceny⁹⁰. Większość kobiet określa swoją wartość na podstawie sfery wizualnej, wierząc, że ciało stanowi

⁷⁹ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 225, 240.

⁸⁰ R. Buckman, T. Whittaker, dz. cyt., s. 70-71.

⁸¹ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 240.

⁸² E. Zierkiewicz, *Rozmowy...*, dz. cyt., s. 85-86.

⁸³ Tejże, *Co to znaczy...*, dz. cyt., s. 152-153.

⁸⁴ Tamże, s. 153.

⁸⁵ M. Klimowicz, M. Drabek, *Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby*, [w:] E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Kobieta i (brak) Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław 2007, s. 133.

⁸⁶ E. Zierkiewicz, *Co to znaczy...*, dz. cyt., s. 188.

⁸⁷ E. Mazurek, *Mikroświaty kobiet dotkniętych chorobą nowotworową piersi*, [w:] M. Pryszmont-Ciesielska (red.), *(Mikro) światy ludzi dorosłych*, Wrocław 2011, s. 54.

⁸⁸ Tamże.

⁸⁹ E. Zierkiewicz, *Rozmowy...*, dz. cyt., s. 93.

⁹⁰ H. Jakubowska-Mroskowiak, *Wyzwolenie czy zniewolenie – co kryje się w nowoczesnym modelu kobiecości? Analiza zawartości Wysokich Obcasów*, „Teraźniejszość-Człowiek-Edukacja” 2002, nr 4, s. 142.

reprezentację ich osobowości⁹¹. Środki masowego przekazu utwierdzają je w przekonaniu, że o kobiecości świadczy przede wszystkim idealna sylwetka. Jej symbolem są jędrne i – najważniejsze obie – piersi⁹². Bycie Amazonką w XXI w. jest zatem niezwykle bolesne. Bycie Amazonką w ciąży wiąże się natomiast z ogromną traumą. Kobieta zostaje poddana szeregowi dylematów etycznych. Musi zdecydować czy wyrazić zgodę na aborcję, tym samym umożliwiając przyspieszenie własnego leczenia, czy też utrzymać ciążę. Ponadto powinna pogodzić się nie tylko z utratą pewnego wyznacznika swojej atrakcyjności ale i atrybutu macierzyństwa. Podstawową funkcją piersi jest produkcja pokarmu⁹³. Wielu paniom po porodzie zostaje odebrana możliwość karmienia swojego dziecka. Osobom stosującym chemioterapię podawane są leki hamujące laktację w nieoperowanej piersi⁹⁴. U większości kobiet wywołuje to smutek i frustrację.

Panie dotknięte rakiem piersi zaczynają funkcjonować w rzeczywistości naznaczonej lękiem, cierpieniem, chaosem i niepewnością⁹⁵. Świadomość oszpececia, strach o nienarodzone dziecko oraz obawa przed odrzuceniem przez otoczenie sprawia, że choroba staje się barierą psychiczną, z którą nie potrafią sobie poradzić. Niezbędne jest udzielanie im wsparcia przez rodzinę, partnera, przyjaciół i personel medyczny. Ważne jest, by okazywać im troskę, zrozumienie i serdeczność⁹⁶. Obecnie coraz więcej ośrodków onkologicznych zatrudnia psychoonkologów, z którymi pacjentki mogą porozmawiać na temat dręczących ich obaw⁹⁷. W pomoc zaangażowane są także tzw. ochotniczki, a więc starannie dobrane i przeszkolone Amazonki. Oprócz wsparcia emocjonalnego, przekazują również informacje praktyczne⁹⁸. Kobiety chore potrzebujące dodatkowej pomocy mogą uzyskać ją u pracownika poradni. Ułatwi on przystosowanie się do zmian oraz pomoże zmniejszyć lęk i napięcie. Istotną rolę pełni także poradnictwo grupowe. Umożliwia poznanie innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Wysłuchanie ich doświadczeń zwykle przynosi znaczną ulgę⁹⁹.

CIĄŻA ZE ZDIAGNOZOWANYM RAKIEM PIERSI – PROPOZYCJA BADANIA

Założenia metodologiczne

Ze względu na specyfikę tematu, jego niepowtarzalny podmiotowy charakter, zdecydowałam się na przeprowadzenie badania jakościowego metodą biograficzną. Uwzględniłam biografię tematyczną pozwalającą wydobyć indywidualne doświadczenia, związane z chorobą i ciążą, z jednostkowej historii życia narratorki. Skoncentrowałam się na subiektywnym punkcie widzenia rozmówczynie: jej emocjach, poglądach, sposobach radzenia sobie z trudnościami, osobistej interpretacji zaistniałych wydarzeń. Posłużyłam się podstawową techniką zbierania danych biograficznych – wywiadem narracyjnym. Prezentowane badanie ma stanowić jedynie zarys przykładu przeżywania ciąży przez kobiety z rakiem piersi. Ograniczyłam się zatem tylko do wybranej techniki i jednej rozmówczynie. Ukazałam jej mikroświat.

Celem badania było wydobycie sensu doświadczeń i przeżyć podmiotu biografii. Uważam, że społeczeństwo poszukuje informacji przede wszystkim w internecie. Teksty w nim zamiesz-

⁹¹ S. Dillon, M.Ch. Benson, *Kobieta i poczucie własnej wartości*, Gdańsk 2007, s. 17, 59.

⁹² M. Klimowicz, M. Drabek, dz. cyt., s. 129.

⁹³ M. Baum, Ch. Saunders, S. Meredith, dz. cyt., s. 15.

⁹⁴ W. Markwitz, G.H. Bręborowicz, dz. cyt., s. 272.

⁹⁵ E. Mazurek, *Biograficzne uczenie się kobiety doświadczającej choroby nowotworowej piersi w świetle teorii andragogicznych*, [w:] E. Dubas, W. Switalski (red.), *Uczenie się z (własnej) biografii*, Łódź 2011, s. 51, 66.

⁹⁶ K. Sepowicz-Buczko, *Poczucie sensu życia a wsparcie społeczne „Amazonek”*, Legnica 2010, s. 3-4, 81.

⁹⁷ V. Speechley, M. Rosenfield, dz. cyt., s. 96.

⁹⁸ K.A. Mika, *Po odjęciu piersi*, Warszawa 2005, s. 100.

⁹⁹ M. Whitehouse, M. Slevin, dz. cyt., s. 226-227.

czone są jednak przesyczone terminologią medyczną, dlatego nie stanowią zbyt wielkiej pomocy. Mam nadzieję, że napisanie w przystępny sposób artykułu opartego na doświadczeniach narratorki pozwoli nie tylko wzbogacić wiedzę kobiet w ciąży, mających zdiagnozowanego raka piersi ale i będzie stanowić dla nich rodzaj wsparcia. Główny problem podjętego badania sformułowałam w postaci następującego pytania:

- Jak przebiega ciąża kobiety ze zdiagnozowanym rakiem piersi?

Problem ten został doprecyzowany poprzez następujące pytania szczegółowe:

- Jakie zagrożenia dla rozwijającego się płodu niesie ze sobą choroba nowotworowa i leczenie matki?
- W jaki sposób prowadzona jest ciąża?
- Jak przebiega leczenie nowotworu u kobiety w ciąży?
- Jak jest podejście lekarzy do osoby ze zdiagnozowanym w ciąży rakiem piersi?
- Jak jest nastawienie pacjentki do choroby?

Zgodnie ze specyfiką badań jakościowych, zrezygnowałam z hipotez wstępnych.

Wywiad został przeprowadzony w domu respondentki w dniach 20-21.12.2012 r. Łącznie trwał ok. 1 godz. 45 min. Rozpoczął się tzw. rozmową „nieformalną”, podczas której badana została poinformowana, że spotkanie będzie nagrywane, przepisywane, a jego efekt stanowić będzie publikacja. Respondentka dowiedziała się również, że pozostanie całkowicie anonimowa. Została zaznajomiona z celem badania oraz podstawowymi zasadami techniki zbierania danych. Dopiero po tym wstępie uruchomiłam dyktafon. Dzięki temu rozmówczyni miała czas na oswojenie się z myślą, że jej wypowiedzi będą rejestrowane.

Pierwszego dnia miało miejsce główne opowiadanie. Rozpoczęłam je od sformułowania następującej zachęty: „jestem zainteresowana osobistymi doświadczeniami ludzi. Chciałabym dzięki badaniu lepiej zrozumieć macierzyństwo kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi. Czy zechciałabyś szczegółowo opowiedzieć mi swoje doświadczenia począwszy od otrzymania informacji o chorobie aż po dzień dzisiejszy? Możesz odnosić się do różnych wymiarów swojego życia: rodzinnego, zawodowego, towarzyskiego...”. W dalszej części badania ograniczyłam swoją działalność jedynie do aktywnego słuchania rozmówczyni. Dopiero drugiego dnia sformułowałam pytania.

Za swój osobisty sukces uznaję fakt, iż udało mi się stworzyć atmosferę wzajemnej życzliwości, szczerości i otwartości podczas obu spotkań. W trakcie narracji respondentka, pomimo powagi tematu, wielokrotnie żartowała i opowiadała zabawne anegdoty. Ponadto odwoływała się do różnych metafor, obrazujących jej stan emocjonalny. Analiza zostanie uzupełniona cytatami z wywiadu, które moim zdaniem najlepiej wzbogacają propozycję interpretacji.

ANALIZA MATERIAŁU BIOGRAFICZNEGO

Informacje o narratorce

Badana to 30-letnia kobieta. Jest nauczycielką w gimnazjum. Pracuje w zawodzie od pięciu lat. Obecnie przebywa na urlopie macierzyńskim. Wyszła za mąż 7 lat temu. Ma dwie córki, w wieku pięciu lat i trzech miesięcy. W listopadzie 2011 r., w wieku 29 lat, w czasie kąpieli wykryła guzek w lewej piersi. Na początku lutego zdiagnozowano u niej, za pomocą biopsji grubościennej, szczególnie agresywnego raka hormonozależnego. Tego samego dnia otrzymała informację o ciąży. Dwa tygodnie później przeszła jednostronną mastektomię. W tym czasie zostało zwołane konsylium lekarskie, które zadecydowało o leczeniu pacjentki przy jednoczesnym utrzymaniu płodu. Od początku drugiego trymestru zaczęła przyjmować chemioterapia

pię. Dziecko urodziło się w 36 tygodniu, metodą cesarskiego cięcia. Po narodzinach rozpoczęła radioterapię. Obecnie jest w trakcie przyjmowania chemioterapii oraz herceptyny – jednego z najnowocześniejszych środków stosowanych w leczeniu raka piersi, przyjmowanego dożylnie.

PODWÓJNA „DIAGNOZA”

Narratorka rozpoczyna swoją historię od momentu wykrycia guzka w górnej ćwiartce piersi od strony pachy. Zmiana nie stanowiła dla niej powodu do niepokoju. Uznała, że z pewnością zniknie po miesiączce. Gdy jednak tak się nie stało pokazała ją mamie i obu siostram. Panie wspólnie zdecydowały, że powinna udać się do ginekologa. Lekarz wykonał badanie USG i potwierdził obecność zmiany – najprawdopodobniej łagodnej. Poradził jednak pacjentce dodatkowo skonsultować się ze specjalistą z poradni chorób piersi we Wrocławiu, bądź w Opolu. Kobieta umówiła się na wizytę do Opolskiego Centrum Onkologii. Tam też miała wykonaną biopsję gruboigłową. Badana wielokrotnie podkreśla, że była przekonana, iż guzek nie jest niebezpieczny. Tym bardziej więc nie mogła uwierzyć, gdy okazało się, że jest inaczej. Najlepiej potwierdzają to słowa: „lekarz powiedział, że nie ma dla mnie dobrych wiadomości – że jest to rak przewodowy. W tym momencie poczułam się bardzo surrealistycznie, jakbym siedziała w gabinecie w swoim cieple i równocześnie stała obok i patrzyła z boku na to wszystko. Zdaje się, że nawet w pierwszym momencie się zaśmiałam, bo wydawało mi się to takie nierealne, że on chyba żartuje, że to przecież jest niemożliwe”. Narratorka zauważyła, że przyszła jej wówczas do głowy myśl, iż nieznacznie spóźnia jej się miesiączka. W tamtym okresie zaczęli planować z mężem drugie dziecko. Zanim zaszła w ciążę z pierwszą córeczką minęło jednak sporo czasu, zatem podejrzewała, że w tym przypadku będzie tak samo. O swoich wątpliwościach poinformowała lekarza, który poradził jej zrobić test ciążowy. Potrzeba jego wykonania wywołała u niej znaczny dysonans. Bardzo chciała być w ciąży, jednak to nie był odpowiedni moment. Dowodzą tego słowa: „w sumie bałam się zrobić ten test. Z jednej strony zawsze mi się wydawało, że kiedy będę drugi raz w ciąży, to będzie najlepsza chwila mojego życia, taki najfajniejszy moment i chciałam być w tej ciąży. Z drugiej strony zdawałam sobie sprawę, że w tym momencie – kiedy się okaże, że jestem w ciąży – właściwie nie wiadomo co wtedy będzie”.

ZAGROŻENIA, NA KTÓRE NARAŻONY JEST PŁÓD

Niektórych badań nie można wykonywać w ciąży, bowiem ich zastosowanie może spowodować poronienie dziecka. Lekarze odradzają mammografię. RTG klatki piersiowej możliwe jest jedynie przy zastosowaniu odpowiedniej osłony. Część szpitali rezygnuje jednak z niego całkowicie. Gdy kobieta poinformowała onkologa o możliwej ciąży, mężczyzna kazał jej wykonać, jeszcze tego samego dnia, oba badania. Co istotne, nie uprzedził pacjentki, na czym one polegają i jakie zagrożenie stanowią dla płodu. Narratorka zrobiła pierwsze z nich. Przy drugim natomiast poinformowała lekarkę, że być może jest w ciąży. Kobieta zdecydowała, że dopóki nie zrobi testu ciążowego prześwietlenie nie zostanie wykonane.

Badana zwraca uwagę także na to, że nie wiadomo czy używane w trakcie mastektomii znieczulenie nie wpłynie negatywnie na płód. Stosowane w ciąży chemioterapeutyki, choć są bezpieczne, mogą w niektórych przypadkach stać się tak znacznym obciążeniem dla organizmu, że spowodują wady rozwojowe, bądź poronienie. Radioterapia jest natomiast stanowczo niedozwolona, bowiem powoduje ogromne, nieodwracalne uszkodzenia.

PODEJŚCIE LEKARZY DO PACJENTKI

Badana przywiązuje ogromną wagę do sposobu traktowania jej przez lekarzy. Przez całą wypowiedź odwołuje się do podejścia poszczególnych specjalistów. Obrazuje dwa przeciwstawne „obozy”. W skład pierwszego wchodzi pracownik Opolskiego Centrum Onkologii, który przekazał pacjentce informację o chorobie. Kobieta wiąże z tym wydarzeniem szczególnie złe wspomnienia. Doktor stanowił typowy przykład specjalisty chłodnego, zdystansowanego, traktującego pacjentów przedmiotowo. Narratorka relacjonuje: „wróciłam do gabinetu do lekarza i powiedziałam, że zrobiłam test ciążowy i test wyszedł pozytywny. Lekarz powiedział zdanie, którego długo nie zapomnę. Bo spytałam czy ma dla mnie jakieś dobre wiadomości. On powiedział, że nie ma żadnych dobrych wiadomości, że ciąża do usunięcia, piersz do amputacji i 50% przeżywa 10 lat z takim rakiem, jakiego ja mam. Jest to rak hormonozależny – to bardzo »zły« rak, który bardzo szybko się rozwija i rokowania w przypadku tego raka są dużo, dużo gorsze”. Doktor sprawił, że kobieta wyszła z jego gabinetu z poczuciem klęski i nieuchronnej śmierci. Jego podejście stało się jednym z bodźców do poszukiwania innych lekarzy.

Narratorka zgłosiła się do Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Pracowników ośrodka wspomina nie tylko jako kompetentnych, rewelacyjnych specjalistów, ale i dobrych, życzliwych ludzi – lekarzy z powołania. Słuchając jej wypowiedzi można zauważyć, że kobieta bardzo ich szanuje i jest im niezmiernie wdzięczna: „jechałam z mamą i mężem jakby z duszą na ramieniu do tego Wrocławia. Kiedy weszłam do doktora, to okazało się, że jest to bardzo miły, bardzo sympatyczny, bardzo ciepły lekarz. To dla mnie było takie uderzające, bo lekarz w Opolu no waleściwie nawet nie patrzył w oczy, siedział oparty na krześle i miał wszystkich i wszystko daleko i głęboko w dupie, mówiąc brzydtko. Był zimny i obojętny. Natomiast ten doktor był bardzo uśmiechnięty, taki serdeczny, miły. Powiedział, że może spróbują utrzymać ciążę, że być może nie będzie konieczności aborcji. Zresztą ja powiedziałam, że ja się nie zgadzam na aborcję. Powiedział też to, co »uderzyło mnie«: on mi też powiedział, że mam raka, ja wiedziałam, że mam tego raka, że on mi nie powie nic innego, nie machnie mi czarodziejską różdżką i powie »jest pani zdrowa, to była pomyłka«, ale powiedział mi to w zupełnie inny sposób niż wcześniejszy doktor. Pamiętam, że wracałam wtedy do domu taka naprawdę bardzo podniesiona na duchu, bardzo taka naładowana, że może jednak wszystko się ułoży, że może nie będzie tak źle, że może nic strasznego się nie stanie, że może wszystko jakoś da się załatwić...”

POCZUCIE SPRAWSTWA

Respondentka to osoba krytycznie podchodząca do otaczającej ją rzeczywistości. Kobieta, która musi posiadać kontrolę nad swoim życiem i możliwość samodzielnego decydowania o sobie. Nie należy do ludzi, którzy z pełną ufnością powierzą swój los w nieznaną ręce tylko dlatego, że ktoś posiada dyplom akademicki. Lekarzom z DCO udało się jednak zdobyć jej zaufanie. Badana podkreśla, że specjaliści otoczyli ją troskliwą opieką. Miała świadomość, że każdy z nich chce dla niej jak najlepiej. Zapewniło jej to komfort psychiczny. Specjaliści wielokrotnie ją badali i sprawdzali jak się czuje. Tłumaczyli zarówno jej, jak i jej mężowi, że ją wyleczą, że pomimo tego, iż będzie to długie leczenie, ma się nie martwić, ponieważ będzie całkowicie zdrowa. Kobieta szczególnie ciepło wspomina swojego lekarza prowadzącego: „doktor sprawił, że ja nabrałam do niego dużego zaufania i w ogóle czułam się w jego towarzystwie bezpiecznie i taka rozluźniona. Badania psychicznie zniosłam o wiele lepiej niż w Opolu i chyba dlatego właśnie,

że to był ten lekarz, który sprawił, że ja potrafiłam się rozluźnić i wierzyć że będzie dobrze. W swoim dniu wolnym od pracy poświęcił czas, żeby dojechać na Hirszfelda i przyjść zobaczyć jak ja się czuję. To właśnie o nim świadczy, jaki to jest człowiek, jaki to jest lekarz. To było takie bardzo sympatyczne i wzruszające”.

Najważniejsze było jednak to, że specjaliści konsultowali z pacjentką wszelkie podejmowane decyzje. Tłumaczyli jej na czym polegają badania i jakie są ich efekty uboczne. Posiadała zatem choćby namiastkę poczucia sprawstwa. W przeciwieństwie do wrocławskich lekarzy pracownik opolskiego centrum nie chciał jej wyjaśnić zarówno specyfiki choroby, jak i możliwości jej leczenia. Pozbawiał ją zatem możliwości decydowania o samej sobie i swoim dziecku. Kobieta podkreśla: „w Opolu nikt mi nie dał wyboru. Nikt się mnie nie pytał »co by Pani chciała zrobić? Czy chce Pani urodzić dziecko?«. Nie powiedział mi, że w ogóle jest taka opcja, żeby urodzić. Lekarz od razu w tym samym dniu, w którym powiedział mi o nowotworze – w tym samym dniu, w którym ja się dowiedziałam o ciąży, on dzwonił w ginekologię żeby umówić mnie na zabieg usunięcia. Więc po prostu była ogromna różnica”.

ABORCJA?

Narratorka to osoba o ściśle wykrystalizowanych wartościach. Jest absolutnie przeciwna usuwaniu ciąży. Z drugiej jednak strony zdaje sobie sprawę, że przy chorobie takie postępowanie może być konieczne. Niepewność czy będzie mogła zachować dziecko była dla niej bardzo trudnym, wyczerpującym psychicznie okresem. Dodatkowo, pojawił się konflikt wartości zdrowie – dziecko. Kobieta bardzo chciała urodzić, jednak bała się czy konieczne opóźnienie leczenia nie będzie stanowić dodatkowego zagrożenia dla jej życia. Ponadto nie wiedziała czy terapia nie wpłynie negatywnie na rozwój płodu.

W tym okresie duże wsparcie stanowią dla niej rodzina. Bliskim zależało, by jak najszybciej rozpoczęła leczenie, umożliwiając zahamowanie rozwoju choroby. Potwierdzają to słowa: „wszyscy wyszli z tego założenia, że dla nich najważniejsze jest, żebym ja była zdrowa, żebym ja się wyleczyła. Jeśli nie da się utrzymać dziecka, albo miałyby to być kosztem mojego zdrowia i życia, to woła żebym została ja niż maluszek. Jednocześnie zastanawialiśmy się czy dałoby się uratować tą ciążę, czy konieczna jest rzeczywiście aborcja. Dla mnie to było w tamtym momencie z jednej strony nie do wyobrażenia, że ja bym mogła dokonać aborcji. Z drugiej strony tak sobie myślałam, że co ja teraz zrobię, że wszystko byłoby dużo prostsze, gdybym jednak w ciąży nie była, bo przecież chyba nie da się leczyć raka będąc w ciąży... Także nawet nie wiedziałam czy cieszyć się tym, że jestem w ciąży, czy nie”.

Uważam, że w znacznym stopniu zagubienie badanej mógł potęgować wykonywany przez nią zawód. Dla większości społeczeństwa polskiego nauczyciele stanowią swoisty wzór postępowania. Jak podkreśla kobieta, wykonuje ona pracę z pasji i powołania. Jednym z przedmiotów, których naucza jest wychowanie do życia w rodzinie. Narratorka informuje młodzież, iż usunięcie ciąży jest zjawiskiem wysoce niemoralnym i powszechnie piętnowanym. Dokonując aborcji, musiałaby zatem postąpić niezgodnie z głoszonymi przez siebie poglądami. Podczas wywiadu badana wielokrotnie podkreślała, iż jest katoliczką. Ponadto często odwoływała się do hierarchii wartości nabytej w domu rodzinnym. Usunięcie ciąży mogłoby zatem zniekształcić jej własny obraz siebie: dobrego nauczyciela, chrześcijanina, człowieka. Walka o urodzenie dziecka była zatem walką nie tylko o kochaną osobę, ale i o własną tożsamość.

LECZENIE PACJENTKI

Na podstawie badania USG, w piersi respondentki została zdiagnozowana zmiana. Po mastektomii badanie histopatologiczne dowiodło jednak, że guzy były dwa. Pierwszy o wielkości 2,5 cm. Drugi miał zaledwie 0,5 cm, co utrudniło jego wcześniejsze wykrycie. Nowotwór był we wczesnym stadium zaawansowania, jednak szybko się rozwijał. Pojedyncze komórki rakowe zostały znalezione jedynie w trzech węzłach chłonnych. Wykazano brak obecności przerzutów odległych. Respondentka podkreśla, że każde badanie było dla niej niezwykle stresującym przeżyciem: „w życiu chyba się nie bałam tak, jak przed tymi badaniami. Zawsze się spodziewałam tych złych wiadomości. Mimo to kiedy one przychodziły, to za każdym razem czułam się tak, jakbym dostała obuchem w głowę. Byłam zaszokowana, że jednak sprawdzały się moje przypuszczenia”.

Kobieta miała duży problem z pogodzeniem się z tym, że będąc osobą prowadzącą zdrowy tryb życia, nie znajdującą się w grupie ryzyka, mimo to zachorowała. W trakcie wywiadu odwołuje się do metafory Chrystusa. Sądzę, że mastektomia, którą przeszła w szóstym tygodniu ciąży, stanowi dla niej symbol ogromnej niesprawiedliwości społecznej. Dowodzą tego słowa: „pielęgniarki rozebrały mnie. Położyły mnie na takim stole, gdzie miałam szeroko rozłożone ręce. To był bardzo wąski stół. Ja się czułam jakbym była na krzyżu, po prostu ukrzyżowana, tym bardziej, że stopy trzeba było mieć razem. I ostatnią rzeczą, którą pamiętam to w radiu leciała piosenka Niemena *Dziwny jest ten świat*. Pomyślałam sobie, że to jest bardzo dobra piosenka do tego, co teraz się dzieje, że jak to w ogóle jest możliwe, że ja w czymś takim uczestniczę”.

Snując narrację wielokrotnie odwołuje się do fizycznego bólu, który towarzyszył jej podczas leczenia. Niestety po operacji w obawie przed uszkodzeniem płodu nie mogła przyjmować żadnych środków przeciwbólowych. Jak zauważa: „ból był cały czas bardzo, bardzo mocny. Ja się czułam tak, jakby po prostu coś mnie przejechało i dodatkowo obilo mi plecy grubym drewnianym kijem. Myślałam, że zwariuję. Nie mogłam myśleć normalnie, nie byłam w stanie funkcjonować. Ale z każdym dniem było naprawdę lepiej”.

Począwszy od 13 tygodnia ciąży kobieta rozpoczęła chemioterapię. Leczenie znosiła bardzo dobrze. Nie wymiotowała. Jedynymi efektami ubocznymi było: zmęczenie, utrata włosów oraz mocne krwawienie z nosa w pierwszym tygodniu po każdej kroplówce.

Narratorka podkreśla, że największą zaletą jej terapii był fakt, że wszyscy leczący ją specjaliści doskonale się znali i mieli do siebie pełne zaufanie. Każdy z nich wiedział, na jakim etapie prowadzone jest leczenie. Lekarze traktowali ją jak indywidualną jednostkę, a nie jeden z wielu przypadków. Sprawilo to, że mogła poczuć się bezpiecznie: „to było dobre, że ja nie byłam jakby wchłonięta w te trybiki maszyny NFZ, gdzie nikt nikogo nie zna i jestem przerzucona od jednego lekarza do drugiego. Lekarze zrobili łańcuszek swoich znajomych lekarzy i jakby przekazywali mnie jak takie ogniwo w tym łańcuszku. Dla mnie to byli obcy lekarze, ale oni dla siebie nie byli obcy. Dzięki temu mogli bardzo dobrze ze sobą współpracować”.

SPOSÓB PROWADZENIA CIĄŻY

Narratorka zwraca szczególną uwagę, iż prowadzenie ciąży było niestandardowe. Miała zdecydowanie więcej wizyt lekarskich niż kobiety zdrowe. Lekarz monitorujący ciążę był z wykształcenia zarówno ginekologiem, jak i onkologiem. Widywała go co trzy tygodnie. Podczas każdego spotkania miała wykonywane bardzo dokładne badanie USG. Na początku planowano rozwiązać ciążę za pomocą metody cesarskiego cięcia w 32 tygodniu. Następnie lekarz zasta-

nawiał się nad porodem naturalnym, na którym bardzo zależało narratorce. Uważała, że tworzy on wyjątkową więź między mamą, dzieckiem i ojcem, który uczestniczy w jego przebiegu. Ostatecznie jednak, ze względów onkologicznych, zapadła decyzja o cesarskim cięciu. Operacja odbyła się w 36 tygodniu ciąży. 20.09.2012 r. o godzinie 9:40 przyszła na świat zdrowa dziewczynka, ważąca 2 kg 670 g.

PODEJŚCIE PACJENTKI DO CHOROBY

Po porodzie kobieta szybko rozpoczęła naświetlania. Otrzymała 20 cykli radioterapii. Bardzo istotny okazał się dla niej fakt, że mogła w tym czasie karmić piersią córeczkę. Uważa, że pozwoliło jej to stworzyć szczególną, intymną więź z dzieckiem. Efektem ubocznym terapii było natomiast ogromne zmęczenie. Po zakończonym leczeniu zaczęła otrzymywać palitaksel – chemioterapię przeciwwskazaną dla pań w ciąży. Została także zakwalifikowana do badań nad herceptyną. Obecnie jest w trakcie przyjmowania obu leków.

Podczas kolejnych etapów wypowiedzi narratorki można dostrzec jej ogromną przemianę. Początkowo kobieta traktowała raka piersi jak wyrok skazujący ją na śmierć. Była przerażona. Uważała, że jej życie zakończy się w młodym wieku i nie zdąży w pełni poznać jego uroków. Wstydziała się swojej choroby. Tłumaczy to, dlaczego jej wypowiedź jest stosunkowo chaotyczna. Badana starała się wyprzeć z pamięci złe wspomnienia, by poradzić sobie z długotrwałym stresem. Spowodowało to zapomnienie wielu detali. Świadczą o tym słowa: „mam problem jakby z ułożeniem chronologicznym tego wszystkiego, bo po pierwsze nie chciałabym o tym pamiętać. To nie są dobre wspomnienia i chyba tak celowo zaczęłam wypierać je trochę ze świadomości. Byłam w takim szoku, w takim stresie, że ja naprawdę nie jestem w stanie sobie przypomnieć po kolei co się działo. Nie pamiętam na przykład dat, a przecież daty pamiętam zawsze wszystkie i wszystkiego. To chyba najlepiej świadczy o tym, że rzeczywiście byłam w strasznym szoku”.

Aktualna bardzo dobra kondycja psychiczna kobiety stanowi efekt ciężkiej pracy nad sobą. Jak sama podkreśla długo „oswajała chorobę”. Obecnie stara się mieć pozytywne nastawienie do przyszłości: „może nie tyle walczę z chorobą, ile jakby ją zaakceptowałam. Teraz rak kojarzy mi się z leczeniem... z długim leczeniem, ale z czymś, z czym można żyć. On stał się elementem mojej codzienności. Ja się w ogóle nie czuję chorą osobą – nie traktuję tego jak choroby. Traktuję to na zasadzie jak każdy domowy obowiązek: trzeba wynieść śmieci, trzeba zrobić zakupy, no i trzeba pojechać na chemię. Myślę, że z powodzeniem przejdę leczenie i będę całkowicie zdrowa”.

W uporządkowaniu życia pomogła kobiecie rodzina. Badana przez całą wypowiedź odwołuje się do jej poszczególnych członków. Choroba poniekąd dopracowała jej relacje z bliskimi. Pokazała, że może na nich liczyć w każdej sytuacji. Rodzina stanowiła i nadal stanowi dla niej ogromne źródło wsparcia. Szczególnie niezastąpiona jest pomoc, gdy zdarzają jej się chwile zwątpienia czy załamania. Co prawda mają one miejsce coraz rzadziej, jednak nadal obecne są w życiu kobiety. Narratorka relacjonuje: „piszę wtedy SMS-y i zadzwończę całą rodzinę. Czekam kto mi odpisze pierwszy i jak mi odpisze, to wtedy piszę do niego znowu, nie dając mu żyć. W ten sposób sobie radzę”.

Badana zaakceptowała swoje nowe życie. Nie potrafi jednak w pełni pogodzić się z utratą dawnego wyglądu. Pomimo że już nie krępuje jej pokazywanie blizny pooperacyjnej najbliższemu, chciałaby jak najszybciej poddać się rekonstrukcji piersi.

PODSUMOWANIE ANALIZY MATERIAŁU

Historia narratorki uświadamia, że jest możliwe urodzenie dziecka w czasie leczenia. Istnieją jednak takie nowotwory, jak chociażby czerniak, które dają błyskawiczne przerzuty. Konieczna jest zatem niezwykle szybka interwencja specjalistów – pacjentka musi zostać poddana natychmiastowemu leczeniu. W takich przypadkach może okazać się konieczne dokonanie aborcji. Opóźnienie leczenia raka piersi wykrytego we wczesnym stadium może uratować dziecko nie powodując szkód zdrowotnych u matki. Kobieta apeluje o to, by panie konsultowały się z wieloma specjalistami a podjęta przez nie decyzja była starannie przemyślana: „nie powinna to być nigdy decyzja jednego lekarza, który jak Bóg kciuk w górę, albo kciuk w dół. Powinna być to wspólna decyzja kobiety, jej partnera i lekarzy, którzy będą ją leczyć. LEKARZY, a nie jednego lekarza. Każdy ma prawo do tego, żeby żyć. Jak możemy walczyć o nasze życie i nasze zdrowie, jeśli zabierzemy je komuś innemu?”. Rozmówczyni uważa, że szanse na wyzdrowienie kobiet, które poddały się aborcji są zdecydowanie mniejsze. Usunięcie dziecka jest bowiem ogromnie obciążającym psychicznie zabiegiem. Takie osoby muszą nie tylko poradzić sobie z wiadomością o chorobie, ale i z poczuciem winy.

Narratorka podkreśla, że teraz największą radość sprawia jej obecność małej córki. To ona daje jej siłę, by walczyć. Wszystkie bolesne przejścia były warte tego, ponieważ dziś są razem. Myślę, że można powiedzieć, że obie dziewczyny „wygrały zarówno życie”, jak i siebie.

BIBLIOGRAFIA

- Banek S., *Nie bój się raka*, Warszawa 1998.
- Baum M., Saunders Ch., Meredith S., *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*, Warszawa 1995.
- Buckman R., Whittaker T., *Co trzeba wiedzieć o raku piersi*, Warszawa 2001.
- Bullock A., Stallybrass O., Trombley S. (red.), *Słownik pojęć współczesnych*, Katowice 1999. Dillon S., Benson M.Ch., *Kobieta i poczucie własnej wartości*, Gdańsk 2007.
- Grobstein R.H., *Wszystko o raku piersi. Co powiniś wiedzieć, żeby podjąć właściwe decyzje*, Warszawa 2007.
- Gumułka W.S., *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 2001.
- Jakubowska - Mroskowiak H., *Wyzwolenie czy zniewolenie – co kryje się w nowoczesnym modelu kobiecości? Analiza zawartości „Wysokich Obcasów”, „Terazniejszość – Człowiek – Edukacja”, 2002, nr 4.*
- Klimowicz M., Drabek M., *Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby*, [w:] Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław 2007.
- Kofta K., *Mitologia raka piersi*, [w:] Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*, Wrocław 2007.
- Kozakiewicz B., *Podstawowe badania podmiotowe i przedmiotowe wykorzystywane w onkologii – nowotworach złośliwych narządu rodowego i raka piersi*, [w:] Kozakiewicz B. (red.), *Onkologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2004.
- Markwitz W., Bręborowicz G.H., *Nowotwory*, [w:] Bręborowicz G.H. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2005.
- Mazurek E., *Biograficzne uczenie się kobiety doświadczającej choroby nowotworowej piersi w świetle teorii andragogicznych*, [w:] Dubas E., Świtalski W. (red.), *Uczenie się z (własnej) biografii*, Łódź 2011.
- Mazurek E., *Mikroświaty kobiet dotkniętych chorobą nowotworową piersi*, [w:] Przymont-Ciesielska M. (red.), *(Mikro)światy ludzi dorosłych*, Wrocław 2011.
- Miła K.A., *Po odjęciu piersi*, Warszawa 2005.
- Niwińska A., *Masowe badania przesiewowe (skriningowe)*, [w:] Kułakowski A., Skowrońska-Gardias A. (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2003.
- Piotrowski J., *Rak piersi*, [w:] Kozakiewicz B. (red.), *Onkologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2004.
- Sepowicz-Buczko K., *Poczucie sensu życia a wsparcie społeczne Amazonek*, Legnica 2010.
- Speechley V., Rosenfield M., *Choroby nowotworowe: objawy, diagnozowanie, metody leczenia. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Warszawa 2008.
- Whitehouse M., Slevin M., *Choroba nowotworowa*, Warszawa 1998.
- Zierkiewicz E., *Co to znaczy być Amazonką w Polsce, czyli jak media uczestniczą w konstruowaniu tożsamości biospołecznych*, [w:] Hejwosz D., Jakubowski W. (red.), *Kultura popularna – tożsamość – edukacja*, Kraków 2010.
- Zierkiewicz E., *Rozmowy o raku piersi. Trzy poziomy konstruowania znaczeń choroby*, Warszawa 2010.

NETOGRAFIA

Kalocińska A., *Synku, urodziłam cię mimo wszystko*,
<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1329,page,2,title,Synku-urodzilam-cie-mimo-wszystko-wszystko,wid,13101766,wiadomosc.html>, 29.12.2012.

STRESZCZENIE

Rak to jedna z najbardziej powszechnych chorób XXI wieku. Szacuje się, że w najbliższej przyszłości nawet co czwarty mieszkaniec Europy będzie nią dotknięty. Nie ma znaczenia wiek, płeć, status majątkowy czy wykształcenie. Coraz częściej choroba ta dotyczy kobiet będących w ciąży. Artykuł podejmuje trudny temat macierzyństwa osób ze zdiagnozowanym nowotworem piersi. Część teoretyczna wyjaśnia specyfikę choroby i możliwości jej leczenia. Bohaterką przeprowadzonych przez autorkę badań jest kobieta, która jednocześnie otrzymała informację o ciąży i chorobie. Odbiorcy artykułu będą jej towarzyszyć od diagnozy, poprzez kolejne etapy leczenia. Staną się świadkami wyboru między życiem dziecka a ochroną zdrowia matki.

Słowa kluczowe: diagnoza, rak piersi, ciąża, macierzyństwo, metody leczenia, kobiecość

MOTHERHOOD UNDER THE SIGN OF CANCER – DISEASE AS A CRITICAL EVENT IN THE LIFE OF A MOTHER’S FUTURE

Summary

Cancer is one of the most common diseases of XXI century. It is estimated that one in four Europeans will suffer from it. Age, race, wealth or level of education are of no significance. Each year more pregnant women find out they have the disease. The article takes the opportunity of describing the motherhood of women diagnosed with breast cancer. The theoretical part explains the disease itself and treatment possibilities. It is about women who discover they are pregnant and have the disease at the same time. Readers will accompany her from diagnosis through to treatment. They will become witnesses to her choice between the foetus’s life and protection of the mother’s health.

Key words: diagnosis, breast cancer, pregnancy, motherhood, methods of treatments, femininity

