



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Porodní asistentka v péči o ženu s onkologickým onemocněním

Vypracoval: Zdeňka Straková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Bakalářská práce se zabývá rolí porodní asistentky v péči o ženy s onkologickým onemocněním. Práce je rozdělena do dvou částí, do teoretické a praktické. V teoretické části jsou definovány základní pojmy jako např. maligní a benigní onemocnění, prekanceróza či semimaligní onemocnění. Dále je popsáno šíření nádorového onemocnění, klasifikace nádorů a základní diagnostika onemocnění. Následně je uvedena léčba nádorového onemocnění u žen, která je rozdělena do oblastí chirurgické léčby, radioterapie a chemoterapie. Na tuto část navazuje oblast věnující se psychice ženy s nádorovým onemocněním a jejím potřebám. Mezi nejvíce pozměněné potřeby onkologickým onemocněním patří potřeby výživy, vyprazdňování, péče o kůži, aktivity a odpočinku, managementu bolesti, sexuality a i často opomíjené psychické, sociální a duchovní potřeby. Nedílnou součástí této problematiky je role porodní asistentky, která ošetřovatelským procesem a edukací onko-gynekologicky nemocné ženy má za cíl zlepšovat její kvalitu života a zároveň dosáhnout její soběstačnosti. Porodní asistentka pečuje i o ženy, které následkem svého onemocnění umírají, a proto by jejím cílem mělo být zmírnění utrpení a zajištění důstojného umírání.

Cíl práce

Bakalářská práce měla za cíl zjistit, jak se ženy vyrovnávají s následky nádorového onemocnění. V teoretické části byly položeny dvě výzkumné otázky: Jaké oblasti života ženy ovlivnilo nádorové onemocnění? Jakým způsobem se ženy vyrovnaly s diagnózou nádorového onemocnění?

Použité metody

V praktické části bakalářské práce bylo využito výzkumného šetření, které bylo provedeno kvalitativní metodou formou rozhovoru. Pro sběr dat byla zvolena individuální polostrukturovaná forma rozhovoru, rozhovor byl rozčleněn do předem

připravených okruhů otázek, kterých bylo celkem deset. Rozhovory byly vedeny v onkologické a gynekologické ambulanci v období března a dubna 2014. Výzkumný soubor byl tvořen pěti ženami s diagnózou nádorového onemocnění, docházející do těchto ambulančí. Ženy předem písemně souhlasily s poskytnutím rozhovorů a následným použitím pro praktickou část bakalářské práce. Získaná data byla kategorizována. K interpretaci výsledků byla použity citace žen, které jsou v textu označeny kurzívou.

Byly stanoveny dvě kategorie a jejich podkategorie. První kategorie Změny v životě ženy, zahrnuje podkategorie Zvládání bolesti, Vyprazdňování moče a stolice, Výživa, Aktivita a spánek, Vztahy a sexualita. Druhá kategorie Vyrovnání se s diagnózou, obsahuje podkategorie Smíření se s onemocněním, Podpora ženy a Psychologická pomoc.

Výsledky

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejvíce pozměněny či narušeny byly potřeby výživy, sexuální vztahy a psychika ženy. Dvě respondentky R1 a R3 byly po léčbě maligního onemocnění ovarií a dělohy a zbylé tři respondentky R2, R4 a R5 byly po léčbě maligního onemocnění prsu. I přes odlišné postižení si všechny dotazované ženy procházely podobným postupem léčby a shodovaly se v odpovědích týkajících se psychické stránky jejich nemoci. Pro všech pět respondentek bylo důležité mít k dispozici stabilní rodinné zázemí, které jim dodávalo energii pro boj s onemocněním. Ani jednu respondentku neopustil během léčby manžel či partner. Respondentky R1, R2, R3 a R5 popsaly změny v jejich sexuálním životě. Jednalo se především o snížení libida, nedostatek vlhkosti pochvy a stud žen po odstranění prsu, pro které bylo problematické odhalení před partnerem. Respondentka R4 o této problematice mluvit nechtěla. Všechny respondentky uváděly problémy se stravováním a nevolností, kterou zvládala každá respondentka jiným způsobem. Vyrovnání se s nádorovým onemocněním bylo pro respondentky těžké, ale shodly se, že přijetí diagnózy je individuální, ale možné. Respondentky si uvědomovaly, že vyrovnání se

s onemocněním nebylo náročné jen pro ně, ale i pro jejich okolí a to hlavně pro partnery.

Závěr

Diagnostika a léčba nádorového onemocnění ovlivňuje mnoho oblastí života ženy. Nádorové onemocnění nezatěžuje fyzicky a psychicky jen ženu, ale i její rodinu a blízké osoby. Z výpovědí žen lze usuzovat, že nejčastěji a nejvíce zasažené byly oblasti stravování, nevolnosti, sexuality a psychiky. Ženy mnohokrát zmiňovaly své partnery, kteří jim pomáhali, a tudíž předpokládáme, že pro nemocné ženy bylo důležité rodinné zázemí, které jim dodávalo sílu na boj s onemocněním. Dotazované ženy uváděly, že si stanovovaly krátkodobé cíle, které plnily a tím se vnitřně motivovaly k zvládnutí své nemoci. Všechny z dotazovaných žen usoudily, že léčba byla náročná a nevratně jejich život poznamenala, ale zároveň jim dala druhou šanci žít v rámci možností kvalitním životem. Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad k přednášce pro porodní asistentky na gynekologických ambulancích a odděleních nebo jako vzdělávací materiál pro laickou veřejnost.

Klíčová slova

Onko-gynekologické onemocnění, onko-gynekologicky nemocná žena, porodní asistentka, edukace, ošetrovatelská péče, potřeba.

Abstract

Basic theoretical starting points

The bachelor thesis deals with the role of midwife taking care of the woman with an oncological disease. The thesis is split into two parts, in to the theoretical and practical part. In the theoretical part, the basic concepts are defined as e.g. malignant and benign diseases, precancerosis or semi-malignant disease. Moreover the spreading of the tumorous disease is described, the classification of tumours and the basic diagnostics of disease. Subsequently the treatment of the tumorous disease of women is dealt with and is split into the area of surgical treatment, radiotherapy and chemotherapy. The part focused on the psyche of the women with tumorous disease and its needs follows. The most important needs changed by the oncological disease are nutrition, emptying of bowels, skin care, activity and rest, management of pain, sexuality and also often neglected psychological, social and spiritual needs. An inseparable part of this issue is the role of midwife aiming to improve the quality of life of the women by the nursing process and education of women with oncogynaecological diseases and achieving their self-sufficiency. The midwife is taking also care of women dying in consequence of their illness and for this reason her target should be alleviate the suffering and enable dignified dying.

Target of thesis

The target of bachelor thesis was to find out how the women cope with the consequences of tumorous disease. Two research questions were asked in the theoretical part: Which areas of the life of women were influenced by the tumorous disease? In what way did the women cope with the diagnosis of tumorous disease?

Applied methods

In the practical part of the bachelor thesis, the investigation took place performed by the qualitative method of the interview. For the data collection, individual half-

structured form of the talk was selected, the talk was split into the circles of questions prepared in advance, there were ten in total. The talks were conducted in the oncological and gynaecological ambulance in March and April 2014. The research file consisted of five women with the diagnosis of the tumorous disease coming into these ambulances. The women agreed in advance with providing the talks in writing and with the following use for the practical part of the bachelor thesis. The acquired data were categorized. The quotation of women in italics were used for the interpretation of results.

Two categories and their subcategories were determined. The first category is “changes in the life of women” and includes the subcategories Coping with pain, Emptying of urine and stool, Nutrition, Activity and sleep, Relationships and sexuality. The second category Coping with diagnosis contains subcategories Reconciling with disease, Support of woman and Psychological aid.

Results

It was found out by the investigation that the areas changed or disturbed most are nutrition, sexual relationships and psyche of woman. Two respondents R1 and R3 were after the treatment of malignant disease of ovaria and uterus and the remaining three respondents R2, R4 and R5 underwent the treatment of malignant disease of breast. In spite of the different affliction, all the questioned women were subject to a similar treatment procedure and their answers concerning the psychological aspects of their disease were similar. For all the five respondents, it was important to have a stabile family background giving them energy for the struggle with the disease. None of the respondents was left by their husband or partner during the treatment. Respondents R1, R2, R3 and R5 described the changes in their sexual life. It was first of all decrease of libido, lack of moistness of vagina and shame of women after the removal of breast as the unclothing before the partner represented a problem. The respondent R4 did not want to speak about this issue. All the respondents stated the problems with alimentation and sickness managed in another way by each of them. Coping with tumorous disease was difficult for the respondents; they agreed, however that accepting

the diagnosis is individual but possible. The respondents were aware that coping with the disease was difficult not only for them, but also for their surroundings, mainly for partners.

Conclusion

Diagnostics and treatment of the tumorous disease influences many areas of the life of women. The tumorous disease burdens physically and mentally not only the woman, but also her family and close persons. It may be concluded based on the statement of women that the most frequently influenced and most intensively influenced areas were alimentation, sickness, sexuality and psyche. The women mentioned many times their partners helping them and for this reason we suppose that the family background was important for ill women giving them strength to struggle with the disease. The questioned women stated they postulated short term goals which they met and hereby they were motivated to manage their illness. All the questioned women concluded that the treatment was demanding and impacted irreversibly their life but simultaneously gave them a second chance to live a quality life depending on possibilities. This bachelor thesis may serve as base for the lecture for midwives in gynaecological ambulances and departments or as educational materials for lay public.

Key words

Onco-gynaecological disease, onco-gynaecologically ill woman, midwife, education, nursing care, needs.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Romaně Belešové za užitečné rady, trpělivost a drahocenný čas.

Obsah

ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 ONKOLOGIE.....	13
1.1.1 <i>Klasifikace nádorů</i>	13
1.2 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	15
1.3 LÉČBA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.3.1 <i>Chirurgická léčba</i>	16
1.3.2 <i>Radioterapie</i>	19
1.3.3 <i>Chemoterapie</i>	21
1.4 PSYCHIKA KLIENTKY S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM	22
1.5 ONKOLOGICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	24
1.5.1 <i>Ošetrovatelský proces</i>	25
1.5.2 <i>Edukace</i>	26
1.6 POTŘEBY ŽEN S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	27
1.6.1 <i>Potřeba výživa</i>	28
1.6.2 <i>Potřeba vyprazdňování</i>	29
1.6.3 <i>Potřeba péče o kůži</i>	29
1.6.4 <i>Aktivita a odpočinek</i>	30
1.6.5 <i>Management bolesti</i>	30
1.6.6 <i>Sexualita</i>	31
1.6.7 <i>Psychické, sociální a duchovní aspekty</i>	32
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 CÍL PRÁCE	34
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
3 METODIKA	35
3.1 METODIKA VÝZKUMU	35
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
5 DISKUZE	52
6 ZÁVĚR	58
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	59
8 PŘÍLOHY	63

Úvod

Onkologické onemocnění patří k onemocněním, které je v naší populaci velmi rozšířené. Mezi ně bezesporu patří nádorové onemocnění ženských pohlavních orgánů. Naštěstí vlivem vývoje nových diagnostických metod, časného screeningu, prevence a osvětou této problematiky se mnoho žen dostává k lékaři a léčbě mnohem dříve, než to bylo ještě v nedávné minulosti. Dnes už neplatí, že nádorové onemocnění se týká jen starších žen, bohužel nádorové onemocnění postihuje také mladé ženy, které jsou v produktivním věku.

Diagnostika onemocnění probíhá pomocí moderních vyšetřujících metod jako je např. ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, endoskopické vyšetření či odběr tumor markerů (Valenta, 2007, s. 253-256).

Při léčbě nádorového onemocnění se nejčastěji využívá chirurgického odstranění nádoru, radioterapie a chemoterapie. Léčba je pro každou ženu zcela individuální, obrazně řečeno „léčba se ušije na míru“. Cílem léčby je vyléčení nebo alespoň v případech nemožnosti vyléčení zkvalitnění života ženy.

Žena během léčby prožívá velmi náročné období a prochází si procesem smířování, který popsala Elizabeth Kübler-Rossová. Podle její teorie si žena projde šokem, hněvem, smlouváním, depresí a smířením. Všechny tyto fáze nemusí následovat chronologicky za sebou, ale mohou se různě střídat, opakovat, nebo dokonce mohou některé fáze i chybět. Nádorové onemocnění není náročné jen pro ženu, ale i pro její rodinu a blízké.

Porodní asistentka by měla jednotlivé fáze smíření znát a umět je rozlišit, měla by být empatická a měla by pečovat o psychický stav nejen nemocné ženy, ale i její rodiny. Jednou z kompetencí porodní asistentky je edukace, která je důležitá pro efektivní zvládnání léčebného procesu. Porodní asistentka se zabývá ženou jako celkem a věnuje pozornost jejím potřebám, které každá žena uspokojuje svým způsobem. Během života se potřeby ženy mění a to i v nemoci. Potřeby mohou být uspokojovány žádoucím či nežádoucím způsobem. Porodní asistentka by se měla soustředit na podporu uspokojování potřeb ženy vhodným způsobem.

V bakalářské práci se zabývám vztahem porodní asistentky a ženy s diagnózou onkologického onemocnění a změnou života ženy po prodělání léčby.

1 Současný stav

1.1 Onkologie

Onkologie se zabývá výzkumem, diagnózou a léčbou nádorových onemocnění. Nádor nebo také tumor je zvětšení či nekontrolovatelné množení buněk. Běžně se rozděluje na maligní (zhoubné) a benigní (nezhoubné), ale existuje mezi nimi několik přechodů. Jedná se o prekancerózy a nádory hraničně maligní (viz příloha 1) (Vokurka, 2007, s. 328; Valenta, 2007, s. 253-254).

Šíření nádoru v organismu může probíhat dvojím způsobem: šíření přímé a zakládání vzdálených dceřiných ložisek tzv. metastáz (viz příloha 2) (Vorlíček, 2012, s. 53 -54).

Přítomnost tzv. rizikového faktoru může způsobit vyšší pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění u ženy. Mezi rizikové faktory lze zařadit způsob života, výskyt nádorového onemocnění v rodině, životní návyky, profesní aktivitu, dietní zvyklosti či výskyt jiného onemocnění (Cibula, 2009, s. 91).

1.1.1 Klasifikace nádorů

Jedním ze způsobů klasifikace je typing, který nádory člení podle toho, z jaké tkáně pocházejí. Jedná se o maligní nádory epitelového původu (karcinomy), sarkomy (maligními nádory neepitelového původu), lymfomy (pocházejí z lymfatické tkáně), myeloproliferativní onemocnění (nádory hematopoézního systému), nádory zárodečných buněk, blastomatózní nádory (pocházejí ze zárodečných buněk s embryonální diferenciací) a mezoteliomy (nádory se smíšenou epitelovou a mezenchymální diferenciací). Pokud neexistuje žádná podobnost s výchozí tkání, jedná se o nádor nediferenciovaný (Becker, 2005, s. 23-27).

Grading je důležitou terapeutickou a prognostickou veličinou, která určuje stupeň diferenciace. Rozlišují se čtyři stupně G1 dobře diferencovaný, G2 středně diferencovaný, G3 špatně diferencovaný a G4 nediferencovaný. Stupně G1 a G2 jsou označeny jako low grade a stupně G3 a G4 jako high grade (Becker, 2005, s. 23-27).

Staging má za cíl dosažení co nejpřesnější informace o rozsahu onemocnění. Je významný pro plánování adekvátní léčby, hodnocení a srovnávání výsledků léčby, poskytnutí prognostických údajů, jednoznačný a všeobecně srozumitelný popis rozsahu onemocnění a výzkum zhoubných nádorů (Adam, 2004, s. 142-144).

Staging se nejčastěji popisuje TNM klasifikací, která je složena ze tří složek anatomického rozsahu onemocnění. První složkou je T (tumor), která popisuje rozsah primárního nádoru. Složka tumor se dále dělí na označení TX - primární nádor nelze zhodnotit, T0 – žádná informace o přítomnosti primárního nádoru, Tis – carcinom in situ a T1 - 4 – postupně se zvětšující nádor. Druhou složkou je N (nodus) popisující přítomnost či nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních lymfatických uzlinách. Složka nodus se člení na NX – regionální uzliny nelze posoudit, N0 – regionální uzliny jsou nepostiženy a N1 – 2 – postupně se zvětšující postižení regionálních uzlin. M (metastáza) je třetí složkou zahrnující přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz. Metastázy se označují MX – vzdálené metastázy nelze zhodnotit, M0 – žádné vzdálené metastázy a M1 – vzdálené metastázy přítomné. Jsou popisovány dvě formy TNM klasifikace. Jde o klinickou klasifikaci (preterapeutická, cTNM), která je založena na výsledcích vyšetření získaných před zahájením léčby a slouží k určení primární léčby a hodnocení jejího účinku (Roztočil, 2011, s. 319-320).

Druhou formou je patologická klasifikace (postoperativní, pTNM). Patologická klasifikace vyžaduje pro optimální stanovení pTNM odstranění tumoru v rozsahu kompletní stagingové operace, odstranění lymfatických uzlin z regionálních spádových lokalit a mikroskopické vyšetření vzdálené metastázy (Cibula, 2009, s. 97-99).

TNM a pTNM klasifikace popisují jen rozsah onemocnění, ale nikoliv léčbu. R – klasifikace popisuje nádor po léčbě a ukazuje účinky léčby. Pokud nemohou být rezidua nádoru odstraněna doplňkovou léčbou, klientka nemá možnost vyhlídky na vyléčení. Rezidua se označují jako R0 – bez reziduálního nádoru, R1 – mikroskopická reziduální nádor a R2 - makroskopický reziduální nádor (Becker, 2005, s. 23-27).

1.2 Diagnostika nádorového onemocnění

Podmínkou pro úspěšnou léčbu gynekologických zhoubných onemocnění je důležitá správná diagnostika za použití vhodných zobrazovacích metod. Při diagnostice se většinou užívá kombinace několika vyšetření pro důkladné zachycení samotné patologické změny, ale i případné zobrazení potencionálně postižených orgánových systémů. V onko-gynekologii se často využívá ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie a endoskopická vyšetření. Jde o velmi moderní zobrazovací metody, ale velmi často se využívají i klasické zobrazovací metody, mezi které patří intravenózní urografie, skiagram hrudníku, irigografie, lymfografie či nativní snímek břicha (Kolektiv autorů, 2005, s. 63-68; Valenta, 2007, s. 253-256).

Mezi další důležitá vyšetření ženy patří odebrání důkladné anamnézy, gynekologické vyšetření, fyzikální vyšetření a základní laboratorní vyšetření (např. krevní obraz či biochemie). Obligatorní stanovení tumor markerů se provádí pouze při podezření na zhoubný nádor vaječníků. Téměř standardně se provádí ultrazvukové vyšetření pánve a dutiny břišní. U pokročilých stádií je nutno provést vyšetření pánevních a paraaortálních uzlin pomocí počítačové tomografie či magnetické rezonance. U nižších stádií definitivní rozsah onemocnění určuje jen chirurgický staging. Volba vhodných zobrazovacích metod je ovlivněna zvyklostmi a vybavením pracoviště a zkušenostmi zdravotníků (Valenta, 2007, s. 253-256; Roztočil, 2011, s. 319).

1.3 Léčba nádorového onemocnění

Při léčbě nádorového onemocnění reprodukčních orgánů ženy se uplatňuje chirurgie, radioterapie a farmakoterapie. Pro dobrý úspěch léčby nádorového onemocnění je nezbytná multidisciplinární spolupráce, součástí onko-gynekologického týmu je i klinický onkolog, gynekolog, radioterapeut, radiodiagnostik, histopatolog, psycholog a anesteziolog. Léčba je velmi individuální, a proto se musí stanovit ženě „na míru“ (Cibula, 2010, s. 149).

Léčba se člení na léčbu kurativní, jejímž cílem je vyléčení ženy. Léčbou paliativní se rozumí prodloužení přežití, zlepšení či udržení kvality života ženy. Podpůrná léčba (symptomatická) se zaměřuje na odstranění nebo přinejmenším zmírnění obtíží, způsobených terapií nebo vlastním nádorovým onemocněním (Cibula, 2010, s. 149).

Při kombinaci několika léčebných postupů se rozlišuje neoadjuvantní léčba využívající léčebného postupu před primární léčbou, aby umožnila léčbu a snížila radikalitu a morbiditu léčby. Konkomitantní léčba kombinuje dva léčebné postupy s cílem co nejefektivnější léčby. Léčba adjuvantní znamená, že po skončení primární léčby se aplikuje vedlejší léčebná metoda s cílem vyléčit reziduální mikroskopické zbytky nemoci a tím zabránit recidivě onemocnění. Udržovací léčbou je dlouhodobá léčba do recidivy či progresu onemocnění. Cílem této metody je zachování efektu primární léčby a prodloužit období bez progresu či recidivy (Kolektiv autorů, 2005, s. 100-101).

1.3.1 Chirurgická léčba

Onko-gynekochirurgie je součástí onko-gynekologie a je zaměřená na diagnostiku a terapii zhoubných nádorů. Chirurgická léčba je považována za primární a hlavní léčebný postup. V případě časných operací se může jednat o jedinou léčbu, která postačí k potlačení nemoci. V některých případech není primární onko-gynekochirurgická operace možná. Jedná se o ženy polymorbidní (vyskytuje se u nich několik onemocnění současně), pro které je operační zákrok kontraindikovaný z důvodů vysokého rizika komplikací. V takovém případě se zvažuje možnost jiné léčby, jako je například radioterapie nebo chemoterapie. Dále se jedná o ženy s velmi pokročilým maligním onemocněním, kdy chirurgický zákrok není možný technicky provést. U takovéto ženy je namíste využít paliativní chirurgický výkon s následnou chemoterapií, nebo neoadjuvantní chemoterapií s následnou chirurgickou léčbou, kdy je již chirurgický zákrok možný. Věk u každé ženy je relativní, a proto i vyšší věk ženy není kontraindikací chirurgické léčby (Roztočil, 2011, s. 320-322).

Při indikaci operace by měl být vždy brán zřetel na kvalitu života ženy i po výkonu, protože v některých případech může klientka prožít několik kvalitních let života s tumorem. Při rozhovoru o léčbě je vhodné, aby s ženou byla přítomna její

rodina. Vždy by se mělo dbát na přání ženy a její rodiny. Nikdy se žena nesmí nutit do operace, většinou takto vynucené operace nepřináší žádný prospěch, na druhé straně některé klientky naopak vyžadují co nejvíce radikální operaci. Jedná se o ženy, co nerodily nebo plánují další těhotenství. Tyto ženy mají karcinom děložního hrdla, kdy po vyšetření sentinelové uzliny a radikálním odstranění děložního hrdla (trachelektomie) je možné následně otěhotnět a porodit. I přes radikální odstranění tumoru je možnost recidivy. Je proto vždy nutné zhodnotit prospěch reoperace ženy. Úloha porodní asistentky pečující o nádorově nemocné ženy je mimořádně důležitá. Podstatnou činností je pečlivé vedení ošetrovatelské dokumentace a důkladná příprava ženy na operační výkon. Pro ženu je to velká psychická zátěž a vyžaduje ohleduplnou spolupráci personálu nejen s ní, ale i s její rodinou (Roztočil, 2011, s. 320-322).

Důsledně provedená *předoperační příprava* může vést k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Žena podstoupí před operačním výkonem interní vyšetření. Základní předoperační vyšetření může být doplněno speciálním vyšetřením např. vyšetření kardiologem. Ženě může být doporučeno podstoupit autotransfúzi. Výhodou autotransfúze je zabránění přenosu infekčního onemocnění a je bez rizika neshodností antigenů. Porodní asistentka zajišťuje ženě bezpečnou, účinnou a odpovídající péči, měla by se snažit zapojit ji do procesu péče a navázat s klientkou dobrý vztah. Porodní asistentka zapojuje ženu do rozhodování, poskytuje informace o speciálních pomůckách nebo metodách, které může žena po operaci používat. Je potřeba se stále ujistovat, zda žena vše chápe a zda nepotřebuje opakovaně vysvětlit postup ošetrovatelské péče. Porodní asistentka by měla ženě poskytnout dostatek času pro rozmyšlení a kladení otázek (Zeman, 2011, s. 126-131)

V *peroperační péči* porodní asistentka zajišťuje u ženy tělesnou a psychickou péči. Žena by měla být alespoň 6-8 hodin lačná. V případě potřeby je ženě přívod energie a tekutin zajištěn parenterální cestou. Žena se spontánně vymočí těsně před operací, jedná-li se o náročnou operaci, provede se pomocí permanentního močového katétru katetrizace močového měchýře v den operace. Vyprázdnění tlustého střeva se řídí dle druhu výkonu nebo dle pokynů lékaře. Ženě se podává dle zvyklostí zdravotnického zařízení očistné klyzma nebo se podávají vyprazdňující roztoky. Po zhodnocení

soběstačnosti si provede žena důkladnou celkovou hygienu, odstraní lak z nehtů, odlíčí se, vlasy si upraví například do copu a porodní asistentka dezinfikuje pupek. Příprava operačního pole se řídí druhem operačního výkonu, pokynem operátora a zvyklostí oddělení. Pro dostatečný odpočinek a spánek den před výkonem dle zvyklosti pracoviště ordinuje anesteziolog na noc sedativa a hypnotika. Žena si odloží před operací šperky, cennosti do trezoru proti podpisu, protetické pomůcky, zubní náhrady, brýle nebo kontaktní čočky. Odložení veškerých protetických pomůcek by se mělo provést co nejpozději, aby byla zachována co nejdéle důstojnost ženy. Porodní asistentka jako prevenci tromboembolické nemoci přiloží bandáže na dolní končetiny. Součástí peroperační péče je konzultace ženy s anesteziologem, který ji seznámí se způsobem anestezie a s možnými riziky a předepisuje premedikaci, kterou porodní asistentka aplikuje dle ordinace lékaře obvykle 30 minut před operací. Porodní asistentka minimalizuje u ženy strach z operace, zkontroluje dokumentaci, lačnění, vyprázdnění ženy a odložení jejích protetických pomůcek (Vorlíček, 2012. s. 85-88; Slezáková, 2010, s. 34-37).

Žena po operaci zůstává pod intenzivním dohledem porodní asistentky, dokud není stabilizovaný oběh, dostatečné spontánní dýchání a patrné obranné reflexy. Důležitá je u ženy systematická prevence a případné ošetření pooperačních komplikací. Onkologicky nemocná žena má oslabenou imunitu, lze očekávat pomalejší hojení operační rány nebo zvýšené riziko infekce z důvodů zavedení drénů a žilních vstupů. K nejčastějším pooperačním komplikacím patří infekce operační rány, hluboká žilní trombóza, plicní embolie, krvácení, pneumonie, infekce močových cest, retence moči, paralytický ileus, nevolnost a zvracení, dekubity nebo zmatenost, neklid a hypoxie (Vorlíček, 2012. s. 85-88; Slezáková, 2010, s. 34-37).

Komplikace mohou být lokální, v místě operace nebo obecné, které postihují jiné systémy. Časné komplikace chirurgického výkonu se projeví do 24 hodin, do 3 týdnů po operaci se projeví komplikace střední a pozdní komplikace se mohou vyskytnout později, někdy až za několik let. Je nezbytné, aby porodní asistentka sledovala ženu, plnila správně ordinace lékaře a prováděla specifickou ošetrovatelskou péči. Porodní asistentka provádí edukaci ženy v pooperační péči, zajišťuje polohování, dechové

cvičení a spolupracuje s fyzioterapeutem. Podporuje ženu v časně mobilizaci a v procvičování dolních končetin na lůžku, přikládá bandáž dolních končetin a podává dle ordinace lékaře nízkomolekulární heparin, jako prevenci tromboembolické nemoci (Vorlíček, 2012, s. 85-88).

1.3.2 Radioterapie

K základním metodám léčby zhoubných gynekologických nádorů patří radioterapie. Jedná se o velmi efektivní, lokální léčebnou metodu využívající tumoricidní dávky ionizujícího záření do ložiska nádoru při maximálním šetření okolních tkání. Dle citlivosti tkání k záření se rozlišují radiosenzitivní a radiorezistentní tkáně. Radiosenzitivní tkáň je rychle proliferující s malou schopností reparace. S pomalou proliferací a obnovou jsou tkáně radiorezistentní, které mají vysokou schopnost reparace (Roztočil, 2011, s. 322-325).

Cílem radioterapie není jen zneškodnění nádoru, ale i ochrana okolních zdravých struktur. Radioterapie využívá zevní ozařování (teleradioterapii) a vnitřní ozařování (brachyterapii). V případě teleradioterapie je zdroj záření umístěn mimo tělo ženy a zdrojem záření je lineární urychlovač. Při brachyterapii je zdroj záření umístěn uvnitř tkáně či v tělní dutině a využívá se radionuklidů, např. iridium ^{192}Ir . V této situaci je za plánování léčby odpovědný radiační onkolog, který nejprve ženu seznámí s postupem léčby a získá její písemný souhlas s léčbou (Schmidtová, 2008, s. 74; Roztočil, 2011, s. 322-325).

Součástí radioterapie je lokalizace ozařované oblasti, vyhledání fixačních pomůcek, vhodné polohy pro ozařování a simulace ozařování. Využití radioterapie může být kurativní, kdy má za cíl primární léčbu v případě, že jako primární léčbu nelze zvolit chirurgický výkon (Vorlíček, 2012, s. 108)

Dalším využitím je adjuvantní radioterapie sloužící jako doplňková léčba po chirurgickém odstranění tumoru s cílem omezení recidivy. Tato léčba by se měla zahájit do 6 týdnů po chirurgickém odstranění tumoru. V případě, že nelze provést primárně chirurgický zákrok, využije se neoadjuvantní radioterapie ke zlepšení podmínek pro operaci. Konkomitantní chemoterapii nazýváme kombinaci radioterapie a chemoterapie. Radioterapie se může využít také jako paliativní metoda, která slouží k úlevě od potíží,

bolestí nebo krvácení. Při ozařování vzniká celá řada nežádoucích účinků jako např. poškození kůže, nechutenství, stenóza pochvy či lymfedém. Při ozařování gynekologických nádorů jsou kritickými orgány rectum, močový měchýř, tenké střevo a ovaria (Cibula, 2009, s. 213; Vorlíček, 2012, s. 109-118).

1.3.2.1 Časné nežádoucí účinky

Jako časné nežádoucí účinky se označují účinky objevující se v průběhu radiační léčby nebo maximálně do tří měsíců po jejím ukončení. Ve většině případů se jedná o dočasné nežádoucí účinky, ke kterým lze řadit postradiační syndrom projevující se únavou ženy, letargií, snížením chuti k jídlu, bolestí hlavy, nauzeou, zvracením a průjmami. Vyskytuje se u žen s ozařováním větší části těla. Porodní asistentka by měla ženě doporučit spánek, trávení dostatku času na čerstvém vzduchu, dietní opatření nebo zajistit podávání léků dle ordinace lékaře (antiemetika, analgetika). Vlivem záření na oblast krvevorných tkání kostní dřeně (např. oblast pánve) může vzniknout u ženy anémie, která se většinou projevuje až později. Z tohoto důvodu bude porodní asistentka dle ordinace lékaře odebírat ženě krev na kontrolní vyšetření krevního obrazu (Vorlíček, 2012, s. 109-118; Cibula, 2009, s. 213-217).

Může dojít i ke kožnímu poškození, nejčastěji tak dochází u ozařování v oblasti axily a při konkomitantní chemoterapii. Porodní asistentka doporučuje ženě nosit bavlněné oblečení (Aravel), nevystavovat se přímému slunci a udržovat suchou kůži. Žena by měla vědět, že na poraněnou kůži by neměla dávat žádná mýdla, kůži lehce osprchovat a osušit, nepoužívat deodoranty ani parfémy. V případě rozsáhlejšího poškození kůže by porodní asistentka měla defekt ošetřit fyziologickým roztokem, dezinfikovat a sterilně krýt (Karešová, 2011, s. 46).

U žen dochází přibližně po třech týdnech k vypadávání vlasů či chlupů, které může být nevratné.

Poškození během radiační léčby se týká i sliznice v dutině ústní, jícnu a žaludku, což se projevuje bolestí, pálením, obtížným polykáním, nechutí k jídlu, změnou chuti, nadměrnou suchostí v dutině ústní (xerostomie), bolestí za sternem, nauzeou, zvracením a zvýšenou únavou. Porodní asistentka by ženu měla poučit o hygieně dutiny ústní, stravování a o nevhodnosti kouření. Poradiační změny se týkají také střeva, kdy mohou

vzniknout enteritida a kolitida, projevující se bolestmi břicha, průjmy, tenezmy. Porodní asistentka opět edukuje klientku v oblasti stravování, podává jí léky proti průjmu, analgetika a antimykotika. Při rozvoji cystitis (zánět močového měchýře) si klientka stěžuje na časté bolestivé močení. Vhodné je doporučit zvýšený příjem tekutin, ale žádné dráždivé nápoje jako je alkohol nebo káva. Jako prevence zánětu močového měchýře se doporučuje ženám dostatečně přijímat tekutiny. V případě ozařování břicha by se ženám mělo doporučovat nekonzumovat nadýmavá jídla např. luštěniny, zeleninu, čerstvé pečivo, mléčné výrobky nebo kávu a nápoje s bublinkami (Palková, 2012; Vorlíček, 2012, s. 109-118).

1.3.2.2 Pozdní nežádoucí účinky

Vlivem rozvoje ozařovacích technik se snižují pozdní nežádoucí účinky. Mezi nejčastější změny při radioterapii patří přetrvávající pigmentace, atrofie a fibróza kůže a podkoží (Cibula, 2009. S. 213-217).

U žen dochází k chronickým změnám na močovém měchýři, který je svraštlý, v trávicím traktu dochází k stenózám či k tvorbě píštělí rektovaginálním (abnormální spojení konečníku a pochvy) a kolovaginálním (abnormální spojení tlustého střeva a pochvy).

Dalším nežádoucím účinkem je stenóza pochvy, která se vyvíjí první rok po ozáření. Žena trpí dyspareunií (bolestivý pohlavní styk), snížením libida a tím snížením frekvence pohlavních styků.

Kromě výše popsaných nežádoucích účinků může při ozařování vzniknout lymfedém dolních končetin. V případě provedení lymfadenektomie a po následné radioterapii se možnost vzniku lymfedému několikanásobně zvyšuje (Cibula, 2009. s. 213-217).

1.3.3 Chemoterapie

Mezi další léčebný postup patří chemoterapie, při které se ženě aplikují cytostatika zastavující růst nádorových buněk. Jejich velkou nevýhodou je, že napadají také zdravé buňky. Použití chemoterapie je omezené citlivostí nádoru na cytostatika. Na účinnost chemoterapie má vliv načasování léčby, cyklické podávání cytostatik, celková doba

léčby, velikost nádoru a fyzická zdatnost ženy. Cytostatika se aplikují systémově, regionálně, ale i lokálně. Chemoterapie se často využívá jako adjuvantní léčba, ale i jako neoadjuvantní, paliativní a konkomitantní léčba. Adjuvantní léčba se využívá jako doplňující léčba například po chirurgickém odstranění tumoru. Chemoterapie podaná za účelem zmenšení nádoru se nazývá neoadjuvantní a kombinace chemoterapie a radioterapie se označuje jako konkomitantní léčba. Cytostatika se nejčastěji podávají intravenózně v infuzi, méně často se podávají perorální cestou, intramuskulárně (do svalu), intrapleurálně (do pohrudniční dutiny) nebo intraperitoneálně (do peritonea). Při dlouhodobém užívání cytostatik je vhodné zajistit u ženy centrální vstup do jejího cévního systému pomocí katétru nebo portu (Cibula, 2009, s. 187-189; Roztočil, 2011, s. 325-330).

Nežádoucí účinky cytostatik lze rozdělit dle poškozeného orgánu např. na hematologické (pokles krevních elementů), gastrointestinální (nauzea, zvracení) a na gonadální (sterilita). Přes mnoho vedlejších účinků zkvalitňuje chemoterapie život ženy. Základním úkolem porodní asistentky je spolupracovat se ženou i její rodinou, pečovat o žilní vstupy, aplikovat léky, vést důkladně ošetrovatelskou dokumentaci a sledovat nepříznivé účinky terapie u ženy. Důležitou rolí porodní asistentky je komunikace se ženou, snižování jejího strachu, mírnění bolesti a podporování ženy v léčbě (Vorlíček, 2012, s. 135-136).

1.4 Psychika klientky s nádorovým onemocněním

Při současné léčbě nádorového onemocnění se k ženě přistupuje komplexně, bio-psycho-sociálně. Diagnóza rakoviny byla po dlouhá léta spojována se stigmatem smrti. Vlivem vývoje léčebných metod nádorového onemocnění a tím i přežívání žen se začalo o této problematice více veřejně mluvit a stigmatizace ze smrti se zmenšila (Cibula, 2010 s. 287). Porodní asistentky pracující na oddělení onko-gynekologie se setkávají s ženami v různých fázích odezvy na jejich onemocnění. Pro časné rozpoznání psychické změny a efektivní pomoci ženám je potřeba znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy dle teorie Elizabeth Kübler-Rossové. Tato teorie se skládá z pěti fází: šok, hněv, smlouvání, deprese a smíření. Tyto fáze se mohou různě střídat, opakovat, nebo dokonce mohou některé fáze i chybět. Na každou fázi reagují ženy dle

své povahy, vzdělání, náboženského vyznání, věku, atd. Diagnóza nádorového onemocnění nezasáhne jen ženu, ale i její rodinu, která si může také projít stejným procesem smířování se s onemocněním (Cibula, 2010, s. 288).

První fází je šok. Jedná se o velmi silnou odezvu na sdělení diagnózy nádorového onemocnění. Tato fáze se projevuje pláčem, neklidem, obtížným dýcháním nebo naopak strnulostí. Žena se ptá: „Proč se to stalo právě mně a proč právě te?“ Fáze šoku trvá různě dlouho, většinou se jedná o dny. Je pravděpodobné, že žena v této situaci nebude schopna vnímat, co jí lékař či porodní asistentka sděluje. Je tedy vhodné klientce podávat jen podstatné informace a po menších částech, které je nutno často opakovat. Porodní asistentka by měla respektovat popření ženy, ale rozhodně tuto iluzi nepodporovat. Neměla by násilně přesvědčovat ženu o pravdivosti diagnózy, ale ani popírat diagnózu stanovenou lékařem. Důležité je navázat se ženou kontakt a získat si její důvěru (Schmidtová, 2008, s. 98-99).

Žena ve fázi hněvu je velmi podrážděná, agresivní, verbálně napadá zdravotníky a nespolupracuje. Klade si otázky typu „Proč právě já...?“ Žena má obavy o bezprostřední budoucnost, což se projeví hněvem obráceným na své okolí nebo naopak na sebe. Porodní asistentka by měla objektivně hodnotit situaci, měla by chápat chování ženy, neměla by reagovat na její agresivní jednání a nebrat si verbální napadání osobně. Měla by dále s ženou jednat vlídně, uklidňovat ji a podporovat v léčbě. Při neverbální komunikaci je důležité nedělat prudké pohyby, ale naopak tvářit se vlídně, nevstupovat do osobního prostoru ženy a nezatínat prsty do pěsti (Cibula, 2010, s. 289).

Po fázi hněvu následuje fáze smlouvání, kdy žena nevěří, že ona je ta nemocná, domnívá se, že se jedná o chybu či záměnu výsledků a lékař se v diagnóze zmylil. Později žena sbírá sílu k dosažení cíle a smlouvá se svou nemocí, chce se dožít nějaké významné události. Někdy se klientka obrací k boží, přírodní či lékařské autoritě. Zajímá se o alternativní metody léčby a může se stát, že žena léčbu ve zdravotnickém zařízení ukončí. Lékař s porodní asistentkou by měli vysvětlit ženě důležitost současné léčby. Porodní asistentka by měla projevit zájem o rozhovor s ženou, najít si dostatek času, naslouchat ženě, vyjádřit pochopení její situace a podpořit ji v jejích přáních (Vorlíček, 2012, s. 434).

Ve fázi deprese je žena smutná, má pocit beznaděje, bezmocnosti, stahuje se do sebe, odmítá spolupráci s okolím. Bojí se o svou budoucnost, obává se samoty a blíží se smrti. Žena může vyjádřit zájem o eutanázii nebo se může také pokusit o sebevraždu. Tato fáze je velmi nebezpečná jak pro ni samotnou, tak i pro její léčbu a je nutno ji překonat psychofarmaky. V této fázi je vhodné klientce nabídnout odbornou péči psychologa, psychiatra či dobrovolníka. V této fázi nelze předávat ženě důležité zprávy, protože není schopna je zpracovat. Jedná se o velmi náročné období jak pro ženu, tak i pro zdravotníka. Porodní asistentka by měla dobře naslouchat, projevit pochopení ženy, nebránit jí v pláči, nesnažit se ženu za každou cenu rozveselit a hlavně by měla být trpělivá. Měla by zajistit vhodné prostředí pro ženu a při neverbální komunikaci s ní by měla umět využít stisknutí ruky, objetí, položení ruky na rameno, pohlazení a udržovat se ženou zrakový kontakt (Vorlíček, 2012, s. 434; Schmidtová, 2008, s. 98-99).

Poslední fází je smíření. Žena se začíná dívat na svůj stav reálně, akceptuje nemoc či omezení, zklidní se a je schopná spolupracovat na své léčbě. Komunikace s ženou je lepší, hovoří o svých pocitech a dokáže přijímat informace o svém stavu a racionálně je hodnotit. Porodní asistentka směřuje ženu ke stanovení krátkodobých cílů a aktivně ji zapojuje do léčby. Pokud se jedná o umírající klientku, je potřeba zajistit její důstojný odchod, mluvit s ženou o všem, co považuje za podstatné, a respektovat všechna její přání. Žena již nebojuje, nezlobí se na celý svět, prožívá zármutek ze ztráty toho, na čem jí záleží, a tiše očekává svůj konec života. Ovšem neznamená to, že žena smířená se svým odchodem, bude veselá a šťastná. Většinou je žena v této fázi velmi zesláblá vlivem postupujícího onemocnění a příliš nemluví. V mnoha případech žena rodině sděluje, kde by chtěla být pochována a jakým způsobem. Mnohdy v této situaci potřebuje rodina umírající ženy pomoc porodní asistentky více než sama žena (Schmidtová, 2008, s. 98-99; Kutnohorská, 2007, s. 73).

1.5 Onkologické ošetřovatelství

Jde o aplikovaný klinický obor ošetřovatelství, který se zabývá komplexní ošetřovatelskou péčí o osoby s nádorovým onemocněním ve všech věkových

kategoriích. Vychází z klinické onkologie a ošetrovatelství. Onkologické ošetrovatelství zahrnuje specifické poznatky i z jiných oborů (např. interny, chirurgie či geriatric), zaobírajících se jedincem ve zdraví a nemoci v rámci poskytování ošetrovatelské péče (Schmidtová, 2008, s. 63).

Cílem onkologického ošetrovatelství je zachovat a udržet optimální zdravotní stav a zlepšit kvalitu života ženy s nádorovým onemocněním, dosáhnout nezávislosti a soběstačnosti jak u ženy, tak i u její rodiny. Dalším důležitým cílem je zmírnit utrpení a zajištění důstojného umírání, edukovat ženy o změně životního stylu a podporovat zdraví (Palková, 2012).

Úlohou porodní asistentky je podílet se na optimální primární, sekundární a terciární prevenci onemocnění. Podporuje ženy v aktivní péči o své vlastní zdraví. Porodní asistentka poskytuje aktivní a individuální ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, sleduje a uspokojuje bio-psycho-sociální potřeby ženy, které jsou změnou zdravotního stavu a porušeným zdravím změněny. Edukuje v adekvátní formě ženy, jejich rodiny, ale i celé komunity o ošetrovatelské péči. Rozpoznává a řeší ošetrovatelské problémy, které dále může zkoumat a případně výsledky výzkumu aplikovat dále do praxe (Schmidtová, 2008, s. 63-64).

1.5.1 Ošetrovatelský proces

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“. Ošetrovatelství se zaměřuje na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti. Dále se podílí významně i na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Porodní asistentka pomáhá jedincům nebo skupinám samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a spirituální potřeby. Moderní ošetrovatelství se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu. Jedná se o způsob péče porodní asistentky o klientku. Člověk je chápán holisticky, tedy jako celek. Moderní ošetrovatelství klade důraz na podporu a udržení zdraví, které lze dosáhnout jen aktivní účastí jedince. Ošetrovatelský proces má pět fází a to posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Při zhodnocení porodní asistentka

posbírání informace, zhodnotí zdravotní stav klientky, aktivně vyhledává rizikové faktory, zjišťuje silné stránky klientky. Porodní asistentka ve fázi diagnostiky analyzuje data a stanoví existující a potenciaální problémy klientky a vytvoří ošetrovatelský plán. Porodní asistentka plánuje společně s klientkou, kterým problémům věnovat pozornost okamžitě, které mohou počkat a které porodní asistentka bude řešit sama či je již přenechá na jiném členovi ošetrovatelského týmu. Ve čtvrté fázi dochází k realizaci plánu péče. Pátou fází je vyhodnocení, kdy porodní asistentka hodnotí, zda došlo k dosažení vytyčených cílů a dojde k ukončení ošetrovatelského procesu. V případě, že cíle jsou nesplněny nebo jen částečně splněny, měla by porodní asistentka provést opravu plánu péče (Tóthová, 2009, s. 14-18).

1.5.2 Edukace

Dle Juřeníkové (2010, s. 9) je edukace „Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. Edukace ženy je v současné době součástí standardní ošetrovatelské péče. Proces edukace se člení do pěti fází: počáteční pedagogická diagnostika, projektování, realizace, upevnění a prohlubování učiva a zpětná vazba. Porodní asistentka nejprve odhalí úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů ženy. V druhé fázi naplňuje cíle, formu a obsah edukace. Při realizaci porodní asistentka nepředává pasivně informace, ale snaží se ženu aktivně zapojit do edukace. Fáze upevnění a prohlubování znamená uchování vědomostí v dlouhodobé paměti pomocí systematického opakování a procvičování. Porodní asistentka by se měla ujistit, zda žena vše pochopila a nové dovednosti dokáže plně využít (Juřeníková, 2010, s. 21-22).

Typy edukace lze rozdělit na iniciální, prohlubující, kontinuální edukaci a reedukaci. Iniciální edukace se využívá při nově diagnostikovaném onemocnění, kdy žena nemá žádné informace o této problematice. Prohlubující edukací se rozumí doplnění poznatků ženy, kdy porodní asistentka navazuje na vědomosti a dovednosti již dříve získané. Po propuštění do domácí péče a začlenění do běžného života se využívá kontinuální edukace. V některých případech se nedaří dosáhnout stanovených cílů a musí se provést opětovné posouzení a nalezení důvodu, proč nelze efektivně edukovat ženu (tzv. reedukace). Formou edukace může být individuální či skupinové působení

nebo distanční učení. Forma individuálního působení má výhodu v přístupu k individuálním potřebám ženy. Jedná se o rozhovor, výklad, konzultace či telefonické poradenské linky. Výměna názorů a zkušeností jednotlivých žen se využívá při skupinovém působení ve formě přednášky, besedy, kurzů nebo klubové aktivity. V poslední době lze využít i poměrně moderní metodu distančního učení, kterou je e-learning, ale lze ji využít jen za předpokladu splnění určitých technických předpokladů (Nemcová, 2010, s. 25; Svěráková, 2012, s. 39).

Efektivní vzdělávání a výchova žen mají za cíl snížení nákladů na poskytovanou zdravotní péči. Čím více je žena edukována, tím má zpravidla aktivnější přístup k léčbě. Z toho lze usuzovat, že léčba bude efektivnější a rekonvalescence kratší. Motivovat ženu ke změně pevně zafixovaných zvyklostí není snadné. Změny v životě ženy se většinou týkají životního stylu, stravování, pohybové aktivity či nácviku určitého ošetrovatelského výkonu (např. aplikace léků). Součástí edukace je i poučení o dodržování léčebného režimu či pravidelném užívání léků (Svěráková, 2012, s. 29).

Při edukaci se většinou využívá edukační materiál, který je vypracován odborníky nebo si ho edukátor (porodní asistentka) může vytvořit sám vzhledem k potřebám edukanta (nemocné ženy). Hlavním cílem edukace je připravit ženu a její rodinu tak, aby se stala soběstačnou. Edukace nemá příznivý vliv jen pro ženu, ale i pro porodní asistentku. Nemocná žena je spokojenější, má menší riziko komplikací, je soběstačná v činnostech běžného života, porodní asistentka ji posiluje edukací a zapojuje do léčebného procesu. Přínosem edukace pro porodní asistentku je vytvoření důvěrného vztahu se ženou, spokojenost v zaměstnání, posílení zodpovědnosti a kompetencí v praxi, které ovlivňuje společenské uznání její profese (Nemcová, 2010, s. 30, 27).

1.6 Potřeby žen s onkologickým onemocněním

Porodní asistentka se zabývá ženou jako celkem a napomáhá uspokojovat její potřeby. „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem.“ (Trachtová, 2013, s. 10). Během života se potřeby člověka mění. Potřeby lze uspokojovat jednak

žádoucím způsobem, kterým nepoškozuje jedinec sebe ani nikoho jiného, ale i nežádoucím způsobem, který škodí samotnému jedinci nebo někomu jinému (Trachtová, 2013, s. 13-15).

Abraham H. Maslow (1908-1970) vytvořil hierarchii, která rozděluje potřeby na nižší a vyšší. Mezi nižší potřeby zahrnul potřeby fyziologické, jistoty a bezpečí. Mezi vyšší potřeby patří potřeby sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní a estetické a potřeby seberealizace (Tomagová, 2008, s. 20-23).

1.6.1 Potřeba výživa

Poruchy výživy u ženy jsou způsobeny nádorovým onemocněním, léčebným procesem nebo i přidruženým onemocněním. Vedlejším účinkem protinádorové léčby je nechut' k jídlu, nauzea a zvracení, snížená tvorba slin, bolest způsobená zánětem sliznice trávicího traktu, nebo snížené vnímání chuti. U ženy se může rozvinout až syndrom nádorové kachexie, projevující se kachexií, úbytkem hmotnosti, atrofii svalstva a vyčerpáním celého organismu (Schmidtová, 2008, s. 75-77).

Vhodná výživa příznivě ovlivňuje léčebný proces. Porodní asistentka hodnotí u ženy BMI (body mass index) pomocí jednoduchého výpočtu: aktuální tělesná hmotnost v kg/ výška v m². Normální hodnota BMI dle WHO je 18,5-25,9 kg/m². Dle stavu ženy se řeší, zda je vhodné jí podávat výživu enterálně nebo parenterálně (Karešová, 2011, s. 86).

Strava by měla dostatečně obsahovat bílkoviny, ovoce, zeleninu, obiloviny, mléčné výrobky a zároveň by měla být kaloricky bohatá. Žena by měla jíst častěji a v malých porcích, v období chemoterapie by se měla vyhnout oblíbeným jídlům, aby u ní na ně později nevznikl odpor. K podpoře chuti je vhodné před jídlem dát ženě vypít skleničku piva, pokud to lékař dovolí. Nutností je i dostatečný příjem tekutin (2 litry/den). Při ztrátě tvorby slin (xerostomie) je vhodné doporučit ženě žvýkat žvýkačky bez cukru, kyselé bonbóny, kostku ledu nebo užívat tablety tzv. umělé sliny (Navrátilová, 2010, s. 60; Vorlíček, 2004, s. 88).

1.6.2 Potřeba vyprazdňování

Léčbou je negativně ovlivněna sliznice močových cest a střeva. Při postižení sliznice střeva žena trpí zácpou, průjmy, meteorismem či bolestí břicha. Příčinou mohou být nádory prorůstající do střev, imobilita, nedostatek tekutin, nevhodné stravování, léky (např. opiáty) nebo psychika ženy. Sliznici močového měchýře ozařování nepříznivě ovlivňuje častým nutkáním na močení, pálením a řezáním při močení nebo hematurii (Schmidtová, 2008, s. 79).

Porodní asistentka se zajímá o defekační návyky ženy, hodnotí stolici a sleduje její frekvenci. Defekaci stolice může také ovlivnit stravovací návyk, příjem tekutin, pohyb, psychologický činitel i léky. U vyprazdňování močového měchýře se hodnotí množství moči za 24 hodin, její barva, zápach, zkalení i specifická váha moči. Porodní asistentka sleduje a zaznamenává do dokumentace vyprazdňování stolice a moči, provádí výkony dle ordinace lékaře. Sleduje bilanci tekutin, podává léky, klyzma, odebírá biologický materiál na vyšetření, zajišťuje vhodné prostředí pro vyprazdňování a umožňuje dostupnost toalety nebo podložní mísy (Mikšová, 2006a, s. 93; Mikšová 2006b, s. 31-32).

1.6.3 Potřeba péče o kůži

Vlivem ozařování dochází u ženy k poškození kůže. Tato poškození ozářením se obecně označují jako radiodermatitida. Vhodné je poučit ženu o oblékání, používání hygienických pomůcek a ochranných prostředků jako jsou např. krémy či nesolené vepřové sádlo, které je svým složením nejbližší lidské kůži. Nutné je pečovat o ozařovanou oblast již od prvního ozáření (Klimešová, 2007, s. 13-14). Důležité je kůži netřít, chránit před tepelným drážděním a při holení používat elektrický strojek. Častým nežádoucím účinkem chemoterapie a radioterapie je padání vlasů (alopecie), které obvykle začíná 3 týdny po zahájení léčby. Porodní asistentka by měla informovat ženu o možnosti zakoupení paruky nebo šátků. Vlasy opět dorůstají po jednom až třech měsících od ukončení léčby, většinou změni barvu i kvalitu. Při radioterapii není vhodné vystavovat se přímému slunci, chemickému nebo mechanickému dráždění. Nutné je udržovat ozařovanou oblast čistou a suchou, vhodnější je sprchování. Nutné je nepoužívat na tuto oblast mýdla a při osušení kůži nedřít. Doporučuje se ženě nosit

bavlněné oblečení. Dalším narušením kůže je operační rána a zavedení žilních katétrů, které jsou zdrojem infekce pro ženu. Porodní asistentka postupuje při manipulaci s žilním katétresem asepticky, sleduje místo zavedení a poučí ženu o možnostech komplikace. V případě nutnosti dochází ke spolupráci s dermatologem (Karešová, 2011, s. 46-47; Vorlíček, 2004, s. 110-114).

1.6.4 Aktivita a odpočinek

U žen se často projevuje únava, která výrazně snižuje kvalitu jejich života. Příčiny únavy nejsou u onkologicky nemocných žen známy. Žena je fyzicky i duševně vyčerpaná a spánek nevede k odstranění těchto obtíží. Důvodem únavy může být samotné nádorové onemocnění, léčba, nádorová bolest či přidružené onemocnění. Porodní asistentka hodnotí únavu ženy pozorováním a pomocí vizuální analogové škály. Žena by si podle toho, jak během dne cítí únavu, měla vytvořit plán svých denních aktivit a odpočinku. Neměla by se zbytečně přemáhat a měla by dostatečně odpočívat i přes den. Pokud k ženě chodí velké množství návštěv, může ji to také velmi vysilovat, a proto by bylo vhodné návštěvy naplánovat častěji a na kratší dobu. Porodní asistentka by měla znát rituály ženy před spaním, zajistit klid a tmu v pokoji, signalizační zařízení v blízkosti ženy a podávání léků na spaní dle ordinace lékaře. Může také navrhnout ženě konzultaci s psychologem (Schmidtová, 2008, s. 89-90; McKayová, 2005, s. 132-133).

1.6.5 Management bolesti

„Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání“ (Rokyta, 2009, s. 21). Bolest vzniká působením vlastního nádoru, diagnostikou, léčbou nádorového onemocnění a celkovým oslabením ženy. Bolest u onkologicky nemocných žen má velmi často charakter chronické bolesti, která má tendenci k postupné progresi (Adam, 2003, s. 611).

Důležité je, aby léčba bolesti byla již od začátku efektivní s minimálními vedlejšími účinky a ženě nenarušovala běžný denní režim. Tlumení bolesti pomocí léků může být zpočátku náročné, protože se musí najít vhodný lék a forma podání. Metoda farmakologická zahrnuje podávání léků neopioidních, opioidních a adjuvantních. Adjuvantní léky (antikoncepční, anestetika, kortikosteroidy) jsou primárně určeny

pro jiný druh onemocnění, než je bolest, ale tyto léky zmírňují některé druhy nádorové bolesti. Neopioidní analgetika se také používají pro tlumení bolesti, mají ale jednu nevýhodu a tou je tzv. „strop“, který znamená, že zvýšením dávky nedojde k úlevě od bolesti, ale naopak se zvyšuje riziko toxicity. Dalšími analgetiky jsou opiáty, které patří k základu farmakologické léčby nádorové bolesti např. Morfin. Nefarmakologická léčba zahrnuje psychologický přístup k ženě, protože právě strach, úzkost a bezmocnost zhoršuje chronickou bolest. V takové situaci je vhodné využívat různé relaxační techniky. Jednou z možností je i alternativní terapie, která se opět kombinuje s výše uvedenými způsoby léčby bolesti. Mezi alternativní metody patří např. hypnóza, terapie teplem či chladem, akupunktura nebo transkutánní elektrická nervová stimulace (Kolektiv autorů, 2006, s. 221-233; Rokyta, 2009, s. 37).

Cílem porodní asistentky je u ženy odstranění nebo zmírnění bolesti po dobu spánku, ale i při jejích běžných činnostech, doporučuje jí úlevové polohy, podává analgetika dle ordinace lékaře, využívá fyzikální terapii a psychoterapii. Porodní asistentka sleduje u ženy lokalizaci, vyzařování, intenzitu, charakter a časový průběh bolesti, faktory vyvolávající a zmírňující bolest, psychický stav ženy. Využívá k tomu VAS (vizuální analogová škála), numerickou škálu či škálu slovního vyjádření (Karešová, 2011, s. 62-65; Kolektiv autorů, 2006, s. 221-222).

1.6.6 Sexualita

Některé nádory deformují genitál a způsobují estetické a funkční problémy. Ženy se cítí méněcenné a odmítají pohlavní styk s partnerem. Obnova pohlavního života se navrácí pozvolna. V tomto procesu je důležitá spolupráce obou partnerů a v případě nutnosti i využití psychoterapie. Pokud partneři spolu nekomunikují, může dojít k narušení vztahu nebo k jeho rozpadu. Naopak někdy tato náročná situace dokáže mezi partnery vytvořit silnější pouto, než které bylo vytvořeno před onemocněním (Weis, 2010, s. 208-209; Janáčková, 2014, s. 40).

Při odstranění dělohy ve většině případů nejde o narušení pohlavního spojení mezi mužem a ženou, ale spíše o psychologický problém ženy. Ty se již necítí jako „úplné ženy“. Po odstranění obou vaječníků nastává u ženy menopauza. U žen se vyskytují příznaky nadměrného pocení, návaly horka, změny nálady či poruchy spánku. Často

dochází i k dočasnému nezájmu o sexualitu. Vlivem poklesu hormonů se žena může potýkat s nedostatečným zvlhčením pochvy. Tento problém lze vyřešit podáváním syntetických hormonů či užíváním lubrikačních gelů. Pokud se jedná o nádor vulvy, přistupuje se v případě menšího nádoru pouze k částečnému odstranění, ale pokud jde o velký nádor, musí se odstranit celá vulva. Ženy tuto situaci špatně zvládají, protože oblast jejich genitálií vypadá úplně jinak než před operací. Největší obavy mají z toho, že je jejich partner bude považovat za odpuzující nebo že při nošení těsných kalhot nebude mít čím „vyplnit“ rozkrok. Po odstranění vulvy nedochází ke změně pochvy, ale může dojít k zúžení poševního vchodu, které může žena zvětšit pomocí dilatátoru. Při velmi výrazném zúžení lze provést korekční plastickou operaci poševního vchodu (Angenendt, 2007, s. 81-84).

V případech, kdy jde o rozsáhlé nádorové onemocnění, je někdy nutno odstranit celou pochvu, kterou může lékař následně rekonstruovat. Při této rekonstrukci lze využít části kůže, svalů nebo méně často části střeva. Problematika rekonstruované pochvy je v tom, že nedochází k zvlhčení pochvy a ženy musí používat lubrikační gely (Angenendt, 2007, s. 85).

Ještě před několika lety, když byla ženě diagnostikována rakovina prsu, bylo zcela běžné, že jí byl odstraněn celý prs. V současné době se raději přistupuje k zachovávající operaci, kdy je odstraněn nádor od zdravé tkáně. V mnoha případech poté následuje rekonstrukční operace. Největším problémem ztráty prsu je psychický dopad na ženu, která si nepřipadá atraktivní a myslí si, že ztratila své ženství. Těmto ženám je pro začátek jejich sexuálního života vhodné doporučit například nošení podprsenky či korzetu, který zahálí jizvu před partnerem (Angenendt, 2007, s. 86 - 87).

1.6.7 Psychické, sociální a duchovní aspekty

Ošetrovatelská péče nezahrnuje onkologicky nemocné ženě jen péči o její tělo, ale i o psychiku. Porodní asistentka sleduje u ženy emoční labilitu, změny chování, myšlení, koncentrace. Měla by rozpoznat v jaké fázi smíření s onemocněním nemocná žena právě je. Nejdůležitějšími hodnotami ženy by měly být zdraví a život, ale ne vždy tomu tak je. Až když žena onemocní a její život je v ohrožení, uvědomí si zranitelnost

svého života. Žena cítí strach, má obavy o svůj život a začíná bojovat o své zdraví. Původně zdravá žena se dostává do role nemocné klientky, je citlivější a psychicky labilnější. Onemocnění si ve většině případů vyžádá hospitalizaci, která „vytrhne“ ženu z přirozeného domácího prostředí. Porodní asistentka by si měla uvědomit, že dostatek informací ženě zmírní intenzitu úzkosti a strachu. Každé ženě trvá různě dlouho, než si uvědomí svou situaci. Pokud si ji uvědomí a přijme ji, může pak úspěšně bojovat s onemocněním. Žena potřebuje vědět, že i přes svou nemoc má hodnotu a je potřebná.

Vlivem onemocnění ženy mohou nastat problémy s finančním zajištěním rodiny či zajištěním chodu domácnosti (Schmidtová, 2008, s. 100; Gulášová, 2009, s. 12-15). Nádorové onemocnění nezasáhne jen ženu, ale i její rodinu. Onemocnění zasáhne většinou nečekaně a ovlivní celé sociální prostředí nemocné ženy. Porodní asistentka by měla během hospitalizace ženy zajistit kontakt s blízkými osobami, pozorovat zda má návštěva na ženu pozitivní či negativní vliv a měla by vyjádřit soucítění s jejich situací. Žena může mít rodinné neshody. V takové situaci může porodní asistentka být nápomocna, pokusit se kontaktovat rodinu a požádat ji o urovnání jejich vztahů (Gulášová, 2009, s. 70).

Duchovní či spirituální potřeby byly dlouhou dobu velmi opomíjeny. Mezi tyto potřeby nelze zařadit jen potřebu náboženského uspokojení, ale i lásku, víru, naději, jistotu, bezpečí a to hlavně v období nemoci. Spiritualita pomáhá ženám přijmout své onemocnění a smířit se s ním. Porodní asistentka by měla respektovat vyznání ženy a také vědět, jak uspokojovat potřeby u jednotlivých náboženských vyznání. Důležité je navázat s ženou komunikaci, povzbuzovat ji ve vyjádření svých pocitů a myšlenek. Porodní asistentka by měla umožnit ženě komunikaci s duchovním a rodinou, pokud si to žena přeje (Plevová, 2011, s. 120; Schmidtová, 2008, s. 101).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit, jak se ženy vyrovnávají s následky nádorového onemocnění.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké oblasti života ženy ovlivnilo nádorové onemocnění?

VO2: Jakým způsobem se ženy vyrovnaly s diagnózou nádorového onemocnění?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo vedeno metodou kvalitativního výzkumu a formou rozhovorů se ženami, které prodělaly onko-gynekologické onemocnění. Dle Bártlové (2009, s. 23) kvalitativní výzkum představuje: „Systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností, resp. Přístup zevšeobecňování podle subjektivního pojetí a interpretování lidské činnosti, analýza narativních informací ne organizovaným, ale intuitivním způsobem“. Rozhovory byly individuální, polostrukturované, nahrávány na diktafon a poté přepsány. Získaná data byla analyzována metodou „barvení“ textu a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz tabulka 1).

Tabulka 1

Významové kategorie a jejich podkategorie

Významové kategorie	Podkategorie
Změny v životě ženy	Zvládání bolesti
	Vyprazdňování moče a stolice
	Výživa
	Aktivita a odpočinek
	Vztahy a sexualita
Vyrovnaní se s diagnózou	Smíření se s onemocněním
	Podpora ženy
	Psychologická pomoc

Zdroj: vlastní

K rozhovoru byly předem připraveny okruhy otázek (viz příloha 3), aby bylo zachováno jeho zaměření a usnadněna jeho následná kategorizace. První část otázek byla zaměřena na identifikační údaje, následovaly otázky zaměřené na změnu potřeb po léčbě onemocnění a na vyrovnání se s onkologickým onemocněním. Při zpracování byly použity přímé řeči žen, které jsou odlišeny v textu kurzívou.

Účast na výzkumném šetření byla zcela dobrovolná a souhlas žen byl získáván písemně (viz příloha 4). Každý rozhovor trval přibližně 45 – 60 minut. Výzkumné šetření probíhalo v březnu a dubnu 2014 v onkologické a gynekologické ambulanci, které bylo schváleno hlavní sestrou a lékaři ambulančí (viz příloha 5). Originální Žádost o povolení výzkumu je uložena u řešitele výzkumného šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět žen různého věku, které docházely do onkologické nebo gynekologické ambulance. Hlavním kritériem pro sestavení výzkumného souboru byly onko-gynekologicky nemocné ženy. Všechny respondentky byly ochotné ke spolupráci a poskytnutí anonymních rozhovorů s následným zpracováním v praktické části bakalářské práce. Pro zachování anonymity byly ženy označeny jako respondentky R1 až R5.

4 Výsledky výzkumu

Identifikační údaje

Výzkumný soubor tvořilo pět žen, které prodělaly onkologické onemocnění gynekologického původu. Ženy docházely na onkologickou či gynekologickou ambulanci. Základní charakteristiku uvádí Tabulka 1.

Tabulka 2

Identifikační údaje

Respondentka	Věk	Rodinný stav	Dokončené vzdělání	Zaměstnání
R1	69 let	vdaná	středoškolské bez mat.	důchodkyně
R2	56 let	vdaná	středoškolské bez mat.	OSVČ
R3	58 let	rozvedená	středoškolské s mat.	recepční
R4	48 let	vdova	vysokoškolské	účetní
R5	49 let	vdaná	středoškolské bez mat.	důchodkyně

Zdroj: vlastní

Respondentka R1 byla ve věku 69 let, byla vdaná a měla nejvyšší ukončené vzdělání střední bez maturity. Respondentka měla v anamnéze tři porody a v době při rozhovoru byla již ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako kuchařka ve školní jídelně. Ženě byl před dvanácti lety diagnostikován maligní nádor v dutině děložní a na ovariu. Diagnostika proběhla po tom, co si žena všimla, že se jí zvýšila během krátkého časového období tělesná hmotnost přibližně o šest kilogramů. Žena navštívila svou gynekoložku, která ji odeslala na podrobnější vyšetření do nemocnice, kde jí stanovili přesnou diagnózu. Léčba byla zahájena chirurgickým odstraněním ovaria a dělohy, dále následovala chemoterapeutická léčba.

Respondentka R2 byl 56 letá žena, byla vdaná a měla dvě dospělé děti. Nejvyšší ukončené vzdělání měla střední odborné bez maturity a pracovala jako osoba samostatně výdělečně činná v oboru prodeje potřeb pro chovatele psů a koček.

Respondentce R2 byla před deseti lety stanovena diagnóza karcinomu prsu po zcela náhodném mamografickém vyšetření. Následovala ablace prsu s lymfadenektomií a doplňkovou chemoterapií. Ženě byl odsouhlasen invalidní důchod, který jí byl po pěti letech odebrán. Nemohla dlouhou dobu sehnat zaměstnání a z tohoto důvodu se stala osobou samostatně výdělečně činnou.

Respondentce R3 bylo 58 let, je rozvedená, ale již patnáct let žila s přítelem a měla dvě děti z předešlého vztahu. Žena měla nejvyšší ukončené vzdělání střední odborné s maturitou a pracuje jako recepční v hotelu. Byl jí diagnostikován maligní nádor v oblasti hrdla děložního a dutiny děložní před osmi lety. Žena neměla téměř žádné příznaky, kromě slabého krvácení po pohlavním styku. Na základě těchto problémů navštívila svého gynekologa, který ji ihned odeslal do nemocnice. Respondentka podstoupila chirurgické odstranění dělohy, na které navazovala chemoterapie.

Respondentka R4 byla 48 letá žena, byla již dvanáctým rokem vdova, ale měla dlouholetého přítele. V anamnéze měla dvě děti, jedno z dětí měla z předešlého manželství a druhé dítě bylo se současným partnerem. Žena vystudovala vysokou školu a živila se jako účetní. Před pěti lety bylo respondentce R4 diagnostikováno maligní onemocnění prsu. Žena si při samovyšetření nahmatala bulku v prsu a ihned se objednala ke svému gynekologovi, který ji předal do nemocniční péče. Léčba proběhla nejdříve pomocí chirurgického odstranění prsu s následnou kombinací radioterapie a chemoterapie.

Respondentka R5 byla žena ve věku 49 let, byla vdaná a měla nejvyšší dokončené vzdělání střední bez maturity. Žena byla zaměstnaná jako prodavačka. S manželem měla jedno dítě. Jednalo se o ženu s maligním onemocněním prsu, která si před čtyřmi lety nahmatala bulku, kterou jí potvrdil i gynekolog. Žena podstoupila částečné odstranění prsu s následnou chemoterapií.

Ani jedna z respondentek se vzhledem ke svému věku nepokoušela opět otěhotnět. U žádné z respondentek se od ukončení léčby až do doby, kdy probíhalo výzkumné šetření, neprojevíly příznaky recidivy onemocnění.

Kategorie Změny v životě ženy

Podkategorie Zvládání bolesti

Ani jedna z pěti respondentek neuváděla bolest před diagnostikováním nádorového onemocnění. Naopak během probíhající léčby dotazované ženy uváděly, že bolest pociťovaly a jako alternativní metody tlumení bolesti uváděly teplé koupele nebo užívání léčivých bylin. Jinou alternativní metodu ženy nevyužily. Potřebu být bez bolesti začaly respondentky pociťovat až po chirurgickém odstranění maligního útvaru. Všechny respondentky uvedly, že zdravotnický personál se ihned po jejich probuzení z anestézie věnoval tlumení jejich bolesti. Tišení bolesti zpočátku probíhalo formou injekční, které postupně bylo nahrazeno podáváním analgetik ve formě tablet. Nakonec byly léky u žen lékařem vysazeny. Respondentky R1, R2, R3, R4 a R5 farmakologickou léčbu bolesti snášely velmi dobře a bolest nevnímaly. Respondentce R1 byl podáván injekčně Morfin, se kterým před tím neměla žádné zkušenosti. Respondentka na základě pozdější zkušenosti s lékem o tento druh tišení bolesti příliš nestála, vzhledem k tomu, že po podání opiátu byla silně obluzena a měla halucinace. Proto požádala lékaře, aby jí již tento lék nepředepisoval. Respondentka R1 proto ze strachu opakování stejné situace s jiným lékem již nechtěla podávat žádná analgetika injekční formou. U této respondentky byla tlumena bolest podáním analgetik formou tablet, která respondentce vyhovovala, a přitom efektivně působila na pooperační bolest.

Dalším problematickým obdobím, kdy ženy pociťovaly bolest, byla doba, kdy se jim v rámci doplňkové léčby aplikovala cytostatika, či byly ozařovány. Respondentky R1, R2, R3, R4 a R5, u kterých proběhla chemoterapeutická léčba, si stěžovaly na bolest přibližně po dobu tří dnů po podání cytostatik. Respondentky, nedokázaly určit lokalizaci, zmírňující faktory či intenzitu bolesti. Respondentka R3 popsala bolest v období po podání cytostatik: *„Bylo to hrozný, jen jsem ležela, nedokázala jsem se pohnout, byla jsem hrozně zesláblá a bolelo mě úplně celé tělo. Věděla jsem, že mi nic nepomůže a budu to muset těch pár dní vydržet a bude to zase dobrý.“* Respondentky R1, R2, R3 a R5 si po první dávce chemoterapie uvědomovaly, že jedním z omezujících faktorů bude bolest, a tak byly hlavně po psychické stránce připraveny s bolestí bojovat.

Lékaři jim doporučovali běžná analgetika k tlumení bolesti (např. Brufen či Tramal), ale ta ani pro jednu z respondentek nebyla dostačující. Respondentky dále vyzkoušely několik preparátů na doporučení lékárníka, ale bez úspěchu. Ženy považovaly bolest jako nevyhnutelnou součást procesu léčby, respondentka R5: *„Lékař mi doporučil nějaké léky, které jsem brala už dřív a věděla jsem, že my pomáhají, ale během léčby mi moc nepomohly. Zkoušela jsem všechno možný, v lékárně mi doporučili nějaké kapičky, ale ty mi pomohly jen na chvíli. Během co jsem chodila na chemo, jsem zjistila, že bolestí netrpím jen já, ale i ostatní co tam docházeli. Věděla jsem, že po podání kapačky mi bude zle, ale zase to odezní a bude to dobrý.“* Respondentka R4, u které proběhla radioterapie, výrazněji bolest neudávala a potřebu tlumit bolest neměla.

Z rozhovorů vyplynulo, že s odstupem několika let po léčbě všechny respondentky trápí bolest, ale většinou příčina nevyplývá z jejich onkologického onemocnění. K tlumení bolesti používají jednak běžná analgetika z lékárny, jednak využívají alternativní metody k tišení bolesti. Respondentka R4 si navíc vaří odvary z léčivých bylin. K problematice zvládání bolesti respondentka R1 uvedla, že občas trpí bolestí: *„Během chemoterapie mi má lékařka řekla, že dostávám velmi silné dávky cytostatik a že mi tím poškodili játra a že by bylo vhodné, kdybych se vyhnula užívání léků proti bolesti.“* Po doplňující otázce, jak tedy žena zvládá tišit svou bolest, odpověděla: *„Beru si prášek jen v případě, že nic jiného nepomáhá, nebo když jsem na cestách a nemůžu bolest jinak tišit.“* Tato respondentka mimo užívání léků tlumí bolest sprchováním teplou vodou nebo se snaží bolest zaspát: *“Nejvíc mě bolí břicho, když pracuji na zahradě nebo dlouho chodím a namáhám břicho. To se projeví nejčastěji až v noci, kdy spím. Většinou se probudím, dojdu si na záchod a zkouším znovu usnout, ale pokud se mi nedaří usnout, jdu se vysprchovat v teplé vodě a pak už normálně usínám“.* Kromě toho respondentky R1, R2 a R3, které trpěly nebo ještě občasně trpí bolestí, se shodly, že jde o únosnou daň za jejich momentální stav. Respondentka R1 zastávala názor: *„Ano bolestí trpím, i když jsem dvanáct let po léčbě, ale dostala jsem druhou šanci žít a rozhodně se nenechám bolestí za žádnou cenu omezovat. Po těch několika letech jsem si na ni už zvykla a je součástí mého života.“*

Podkategorie Vyprazdňování moče a stolice

Dotazované ženy neuváděly během léčby žádné závažné problémy s vyprazdňováním moče či stolice. Největší problémy s vyprazdňováním pociťovaly ženy v období, kdy byly hospitalizované v nemocnici a to zejména v době před operačním výkonem a i po operaci.

Respondentky R1, R4 a R5 vypověděly, že s vyprazdňováním stolice měly problémy v době po operaci a byly jim dle ordinace lékaře podávány čípky a přípravky pro zjemnění stolice. Z odpovědí respondentek bylo zřejmé, že v pozdějším období po operaci měla s vyprazdňováním stolice problémy pouze respondentka R2, která sdělila, že v období po léčbě trpěla zácpou asi 4 dny, do té doby běžně žena chodila pravidelně každý den ráno na stolicí. Nevěděla, zda k zácpě došlo vlivem léčby nebo dietní chybou. Svůj problém vyřešila po telefonické konzultaci s lékařkou. Zvýšila příjem tekutin, vlákniny a v lékárně si koupila projímavé prostředky. Po využití všech těchto metod se ženě ulevilo a od té doby již zácpou netrpěla.

Všechny respondentky uváděly, že i přes snahu porodních asistentek v období hospitalizace zajistit jim dostatek pomůcek a soukromí, bylo pro ně těžké se vymočit. Proto byl ženám zaveden permanentní močový katétr z důvodu snazšího vyprázdnění močového měchýře. Respondentka R4 uvedla: *„Byl to takový divný pocit mít něco mezi nohama a mít stále pocit, že se Vám chce na malou. Byla jsem ráda, když mi jí sestřička brzy po operaci vyndala.“* Ani jedna z respondentek neměla žádné komplikace v podobě infekce z důvodů zavedení permanentního močového katétru a byl jim odstraněn maximálně do dvou dnů po operaci. Respondentky močily spontánně a nadále neměly problémy s močením.

Podkategorie Výživa

V průběhu rozhovorů na otázku problematiky výživy všech pět dotazovaných žen zmiňovalo, že mělo problémy s příjmem potravy a s přidruženými nepříjemnými pocity při stravování. Ani jedna z respondentek neuvedla, že by je během léčby informoval nutriční terapeut, který by jim se stravováním pomohl. Náročné bylo dle respondentek období léčby pomocí cytostatik, kdy trpěly nauzeou a zvracením přibližně po dobu tří

až pěti dnů. V tomto období je v příjmu stravy a tekutin podporovali jejich partneři či ostatní členové rodiny. Přípravu jídla ženy často svěřovaly svým partnerům, nebo když jim bylo dobře, jídlo si předem přichystaly a zamrazily ho, aby v případě pozdější neschopnosti měly stravu rychle připravenou. Respondentka R5 uvedla: *„Bylo to asi druhé kolo chemoterapie a než jsem odjela, tak jsem si uvařila své oblíbené těstoviny. Když jsem se vrátila po kapačce domů, měla jsem hlad a najedla jsem se, bohužel jsem nečekala, že mi bude tak strašně moc zle. Vyzvracela jsem všechno, co jsem snědla a od té doby jsem své oblíbené těstoviny nemohla ani vidět, občas ještě teď mi to dělá problém sníst.“* Partneři respondentek R1, R2, R3 a R4 neuměli před onemocněním jejich ženy vůbec vařit a museli se to naučit. Ženy si této pomoci velmi vážily. Respondentka R5 odpověděla: *„Myslela jsem, že budeme muset snad brát jídlo z nějaké jídelny, ale manžel se rychle naučil vařit, a když si s něčím nevěděl rady a já zrovna byla naprosto mimo, radil se s naší dcerou, která ho po telefonu navigovala, co a jak má dělat.“* Manžel respondentky R1 se pokoušel vařit, ale nakonec tuto úlohu přenechal své dceři. Všechny respondentky udávaly, že jim bylo v nemocnici a od přátel doporučeno před jídlem popíjet pivo. Z odpovědí respondentek R1, R2, R4 a R5 je patrný příznivý účinek piva na jejich chuť k jídlu a na povzbuzení jejich trávení. Respondentka R4 uvedla: *„U nás pil pivo akorát manžel, já mám radši víno, ale právě manžel mě přemluvil, ať to vyzkouším, že mi to možná pomůže. A měl pravdu, pomohlo, takže potom vždy, než jsem šla jíst, jsem si dala skleničku piva a hned jsem jedla líp.“* Dvě z dotazovaných respondentek R1 a R2 uvedly, že byly vždy po chemoterapii tak vyčerpané, že se nedokázaly ani samy bez pomoci najíst, a proto jim musel většinou někdo v souvislosti s jídlem poskytnout pomoc a nakrmit je. Ani jedna z žen nepopsala nedostatek slin nebo poškození sliznice v dutině ústní. Čtyři respondentky R1, R2, R4 a R5 užívaly na doporučení lékárníka během dne bonbóny, které jim zmírňovaly nevolnost a podporovaly u nich chuť k jídlu. Všechny respondentky uvedly, že u nich došlo ke snížení tělesné hmotnosti, kterou se jim podařilo ve většině případů do několika měsíců po ukončení léčby upravit. Respondentka R3 odpověděla: *„Svojí váhu jsem ztratila ze začátku dost rychle, moc jsem nejedla a pak mi navíc bylo špatně a to jsem už nejedla téměř vůbec. Všechno oblečení na mně začalo plandat a musela jsem si*

některé věci koupit nové, abych mohla vůbec mezi lidi.“ Žádné z dotazovaných žen nemusela být podávána výživa parenterální cestou z důvodu neschopnosti respondentek přijímat stravu ústy. Během léčby byly ženy poučovány lékaři a porodními asistentkami o vhodném způsobu stravování, dostaly od nich různé brožurky, letáky a byly informovány o možnosti využití služeb nutričního terapeuta.

Podkategorie Aktivita a odpočinek

Oblast odpočinku a spánku byla dle respondentek nejvíce narušená během hospitalizace a následně v období zhoršení psychického stavu, které prožila každá z dotazovaných žen. Největším problémem v době hospitalizace byl pooperační stav, kdy ženy nemohly zaujímat svou oblíbenou polohu při spánku a byly v cizím prostředí. Respondentka R4 popsala svůj spánek: *„Když jsem si lehla na záda, připadalo mi, že mi ten zbývající prs táhne do strany a nemohla jsem spát na břiše, na kterém jsem byla zvyklá usínat. Navíc byla jsem na pokoji s další paní po operaci, která měla bolesti a sestry tam neustále chodily ji kontrolovat a dávat jí nějaké léky. Dalším problémem pro mě bylo, že nemám svou postel s dekou a polštářem.“* Dotazované ženy uvedly, že během hospitalizace jim byly lékařem nabídnuty léky na spaní. Respondentky R1, R2, R3 a R5 tyto léky využily a pouze respondentka R4 si pořídila na spaní bylinky, které jí zajistily dostatečný spánek. Respondentky R1 a R3 si nechaly za účelem zlepšení kvality spánku přivést z domova vlastní polštář.

Z rozhovorů se ženami, které prodělaly onkologické onemocnění, vyplynulo, že užívají léky na spaní jen občas a to většinou jen při zvýšené psychické zátěži nebo při cestování. Žádná z respondentek neužívala léky trvale.

Dále se respondentky shodly na tom, že jejich onemocnění pro ně znamenalo omezení v některých aktivitách, které běžně před onemocněním vykonávaly. Všechny respondentky byly omezené v zaměstnání, respondentky R2, R3 a R5 musely své zaměstnání opustit, respondentka R1 měla uznaný invalidní důchod a respondentka R4 se stala osobou samostatně výdělečně činnou. Respondentky R3 a R4 se vrátily po dokončení léčby na své původní místo v zaměstnání. Z rozhovorů bylo zřejmé, že respondentky dočasnou ztrátu zaměstnání prožívaly špatně, věděly, že léčba je náročná,

a nemohly by proto svou profesi vykonávat, ale ten pocit, že jsou v tuto chvíli v zaměstnání nepotřebné, bylo pro všechny velmi psychicky náročné. Respondentky R2, R3 a R4 uvedly, že i během léčby rády navštěvovaly své kolegy v zaměstnání, na rozdíl od R1 a R5, které na návštěvy za spolupracovníky během léčby nechodily. Respondentka R1 sdělila: *„Vždy, když jsem tam přišla a viděla jsem, kolik je tam práce a co bych mohla dělat, ale nemůžu, tak jsem se pokaždé rozbřečela a šla nešťastná domu. Když to kolegyně zjistily, přestaly mě zvat a raději za mnou chodily domů.“*

Každá z žen měla nějaké koníčky, které musela omezit během léčby, protože na ně neměla dostatek sil. Respondentka R1 měla jako koníček práci na zahradě, nemohla však zvedat velká břemena a vystavovat se slunečnímu záření: *„Chodila jsem ráda pracovat na zahradu, ale nemohla jsem se předklánět, protože mě hned bolelo břicho, byla jsem rychle unavená a musela jsem každou chvíli odpočívat a hlavně jsem v létě nemohla na sluníčko, takže jsem mohla akorát tak sedět v altánku a koukat se, jak mi na zahradě všechno pustne.“* Tato respondentka si našla náhradní koníček, začala chodit do místní knihovny a půjčovala si knihy a zároveň přišla také do kontaktu s jinými lidmi, než byl manžel a rodina. Respondentka R2 před onemocněním jezdila s manželem na dlouhé výlety na kole. Během prodávající léčby musela přestat jezdit na kole úplně. V době, kdy probíhalo výzkumné šetření, žena opět jezdila na kole, ale již neuskutečňovala cesty na tak velké vzdálenosti jako dříve. V období, kdy nemohla tento a ani jiný druh sportu vykonávat, věnovala se pletení a háčkování: *„Bylo to období, kdy má dcera čekala své první dítě, a mě napadlo, že bych jí mohla něco sama vytvořit jako správná babička, proto mě napadlo, že začnu plést a háčkovat. Dokonce mě to tak začalo bavit a přitom jsem udělala něco i pro sebe a nepustilo mě to ani po tom, co jsem byla už zdravá. S manželem jsme kolo úplně neodložili stranou, ale raději chodíme každý den na procházky.“* Žena popsala, že z počátku byla velmi zesláblá a i procházky na krátkou vzdálenost jí velmi vysilovaly. Postupně si dávala cíle dojít dál a dál, až se jí podařilo ujit celou stanovenou trasu. Respondentky R3, R4 a R5 neudávaly, že by byly ve svých zálibách nějakým způsobem významně omezovány.

Podkategorie Vztahy a sexualita

V oblasti vztahů ženy s manželem, partnerem či s jinými členy rodiny je zřejmé, že vztahy respondentek nebyly narušeny, naopak byly ještě posíleny. Respondentka R3 uvedla: *„V naší rodině bylo vždy všechno v pořádku, ale během mé nemoci se všechny ty vztahy nějak ještě upevnily.“* V některých situacích byly ženy reakcí členů rodiny překvapeny, až zaskočeny. Respondentka R2 odpověděla: *„Bylo zrovna nějak kolem Velikonoc a já nebyla schopná doma udělat vůbec nic než ležet a najednou u nás zazvonil zvonek a přede dveřmi stála má snacha, že mi přijela udělat výzdobu. A to syn se snachou bydlí kousek od Prahy, tak to mě hrozně moc překvapilo.“* Během rozhovorů bylo zřejmé, že žádné z žen se rodina nerozpadla a žádnou z nich partner neopustil. Respondentka R1 má již čtyři vnoučata, respondentka R2 má tři vnoučata, respondentka R3 má dvě vnoučata a respondentky R4 a R5 mají jedno vnouče. Respondentky R1 a R2, které již měly vnoučata, se shodly, že o nemoci by měla vědět i jejich vnoučata. Reakce respondentky R2: *„Nemoc se netýká jen mě nebo mého muže, ale celé mé rodiny. Dcera se mě ptala, zda může s sebou na návštěvu vzít syna, kterému je právě pět let. Já jsem odpověděla, že ano, že to patří do našeho života a že je potřeba, aby věděl, že jsem nemocná. Nešlo o to, aby věděl, jak moc špatně na tom jsem, ale jen aby věděl, proč se kolem mě tak skáče. Ani mi nevadilo, že jsem neměla vlasy a vnuk mě viděl s holou hlavou.“* Naopak respondentky R3, R4 a R6 si nepřály, aby jejich vnoučata věděla o jejich nemoci. Věk vnoučat byl od tří do osmi let, ale protože ženy chodila vnoučata navštěvovat, bylo nezbytné jim vysvětlit, že jsou ženy nemocné.

Vzhledem k věku respondentek se ani jedna z nich již nepokoušela o početí dalšího potomka a potřeba založení rodiny a porození dítěte nebyla pro ně již prioritou.

Na otázku týkající se sexuálních potřeb odpověděly čtyři respondentky zcela bez problémů, respondentka R4 se této problematice nechtěla příliš věnovat a velmi stručně odpověděla: *„Ano, v sexuální oblasti problémy máme, ale nechci se o tom s nikým bavit, nebavím se o tom dokonce ani s vlastním partnerem.“* Sexuální stránka všech žen byla narušena a to zejména během léčby. Ženy v období sdělení diagnózy lékařem a v době následné léčby neměly vůbec myšlenky na uspokojování svých sexuálních potřeb.

Všechny respondentky byly léčbou velmi vyčerpany a potřebu sexuálního uspokojení z mysli téměř vytěsnily. Tak to popsala i respondentka R5: „*Věděla jsem, že i když já nemám zrovna na to ani pomyslení, takže můj muž je zcela zdravý a tyhle potřeby má. Ze začátku tak úplně nechápal, proč ho odmítám, ale postupně, když se zhoršil můj stav, tak poznal, že i kdybych chtěla, tak nemůžu.*“ Z výpovědí respondentek R2, R4 a R5, které měly z důvodu onkologického onemocnění odstraněn prs, vyplynulo, že po ukončení léčby byl u nich návrat k sexuálnímu životu mnohem složitější než u respondentek R1 a R3, které prodělaly maligní onemocnění vnitřních pohlavních orgánů. Respondentky R2, R4 a R5 si po ukončení léčby nenechaly provést rekonstrukci prsu. Respondentka R2 odpověděla na otázku, proč nepodstoupila rekonstrukci prsu: „*Jsem už stará a navíc na žádnou další operaci se mi už nechce, pokud to nebude nezbytně nutný. Paní doktorka mi hned na začátku, když jsem s léčbou začínala, vysvětlila, že ta možnost rekonstrukce tady je, ale já už byla tak nějak rozhodnutá na začátku a ani teď s odstupem času jsem svůj názor nezměnila. Manžel mi řekl, že mu to nevadí, že jestli mám o jedno prso míň či víc, je mu jedno. Takže nemám důvod, proč něco takového podstupovat.*“ Respondentky R4 a R5 se před partnerem při pohlavním styku úplně nesvlékají, mají většinou na sobě spodní prádlo, tričko či noční košili. Těmto ženám není příliš příjemné, když se jich partner dotýká v oblasti odstraněného prsu. Respondentka R2 nemá problém se před manželem zcela svléknout během pohlavního styku a ani jí nevadí, že se jí manžel v oblasti prsou dotýká.

Dvě respondentky R1 a R3 po léčbě maligního onemocnění vnitřních pohlavních orgánů nejčastěji popisovaly problémy s vlhkostí pochvy a sníženým libidem. Ženy byly již předem lékařem upozorněny, že bude nutné používat během pohlavního styku dostatek lubrikačního gelu, ale stejně obě respondentky tato zkušenost velmi zaskočila. Ani jedna z těchto dvou žen nepopisovala bolest při pohlavním styku. Oba partneři vyjádřili ženám pochopení a podpořili je, aby se cítily sebejistě. Takto se zachoval i partner respondentky R3: „*Partner mi řekl, že až budu připravená to vyzkoušet, že mu mám říct a že když to nepůjde, že se nic neděje. To pro mě hodně znamenalo. Cítila jsem, že i když není vidět, o co jsem přišla, tak mě kus chybí. Při prvním pohlavním styku po léčbě jsem měla neuvěřitelný strach, že to bude bolet, ale nic takového mě*

naštěstí nečekalo. Partner byl opatrný a stále se mě ptal, zda mě to nebolí. Po pár měsících jsem úplně přestala mít strach z bolesti a i z toho, že bych partnerovi nestačila, i když občas mi v hlavě proběhne nějaká myšlenka na to, že nejsem ženská.“

Kategorie Vyrovnání se s diagnózou

Podkategorie Smíření se s onemocněním

Po sdělení nepříznivé diagnózy ze strany lékaře, byly všechny respondentky velmi zaskočeny, i když předem tušily, že se bude u nich jednat o nádorové onemocnění. Respondentka R3 odpověděla na otázku, jak se smířila s onemocněním: *„Když mi poprvé paní doktorka řekla, že jsem nemocná a že budu muset jít na operaci s následnou další léčbou, myslela jsem, že to je pro mě naprostý konec. Nejdřív jsem vůbec nechápala, myslela jsem, že se jednoduše sekla, ale ne.“* Každá z respondentek se rozmýšlela, zda podstoupit náročnou léčbu nebo to naopak nechat být a doufat, že bude žít dlouho a bez bolesti. Lékaři během sdělení diagnózy ženám vysvětlily všechny možné metody léčby, rizika, ale i problematiku nepodstoupení léčby. Porodní asistentka již od prvního setkání by měla ženu edukovat o nejčastějších komplikacích, které se během léčby vyskytují.

Další náročnou fází v oblasti smíření se se svým onemocněním bylo období, kdy ženám začaly vypadávat vlasy, bylo jim špatně, nedostatečně jedly a byly odkázány na péči někoho jiného. Respondentka R1 uvedla: *„Nejhorší pro mě bylo smířit se s tím, že jsem odkázaná na péči manžela a rodiny. Padaly mi vlasy a nechtěla jsem nikam chodit, proto jsem si pořídila paruku, abych mohla chodit do společnosti a nikdo si ničeho nevšiml.“* Respondentka R4 odpověděla: *„Od léčby jsem už několik let a nevím, zda jsem se tak nějak úplně s onemocněním smířila, i když asi v rámci možností ano. To bych asi jinak nemohla normálně fungovat, kdybych nebyla smířená se svou nemocí. A když nad tím tak přemýšlím, tak já vlastně už ani nejsem nemocná a není potřeba se s ničím smířovat. Co bylo, to bylo. Prodělal jsem náročnou léčbu a přežila jsem to s nějakými následky, které jsem schopná vydržet, protože mi to za to stojí.“*

Všechny respondentky na problematiku smíření se s onemocněním odpovídaly stejně, s onemocněním se vyrovnaly a snaží se na tuto náročnou část jejich života co

nejméně myslet. Přiznávají, že občas mají období, kdy mají pocit, že je jejich onemocnění limituje a že jsou velmi fyzicky i psychicky poznamenány. Respondentka R2 odpověděla: *„Myslím si, že jsem dostatečně smířená s onemocněním, ale asi nikdy nenastane období, kdy se zcela smírím s tím, že jsem toto onemocnění prodělala. Každý večer, když se jdu sprchovat nebo se oblékám, vidím, že mi ten prs chybí.“* Dotazované ženy se shodly na tom, že smíření probíhá postupně a dlouhodobě. Se smířením ženám velmi pomohli partneři, kteří je podporovali během celé léčby i po ukončení léčby. Respondentka R5 se zmínila o tom, že smíření se je těžké nejen pro ni, ale i pro jejího manžela: *„Hodně mě překvapil manžel, který až s odstupem několika let od léčby se mi přiznal, že toto období bylo pro něj nejtěžší v životě. Nedokázal si představit žít beze mě a nechtěl ani o tom přemýšlet. Nebylo pro něj náročné zastávat všechny domácí práce a starat se o mě, ale bylo pro něj obtížné sledovat, jak mi je zle, jak trpím depresí, že jsem sama se sebou nespokojená a on nevěděl, jak by mohl pomoci.“* Respondentka R2 měla velký problém smířit se s tím, že již nemá své dlouhé vlasy jako dřív, proto si její manžel ze solidarity také oholil hlavu: *„Bylo zrovna léto a chtěla jsem chodit ven mezi lidi a na procházky, ale styděla jsem se, že na hlavě nemám ani jeden vlas. Říkala jsem to manželovi, ale zdálo se mi, že mě nebere vážně a nerozumí tomu. Druhý den ke mně přišel a měl úplně oholenou hlavu. Nejdřív jsem vůbec nechápala, co mu přeskočilo, ale pak jsem pochopila, že mi tím naznačil, že mu na vlasech nesejde. Ze začátku jsem tedy chodila ven v šátku či v klobouku, paruku jsem nosit nechtěla, protože mi to bylo strašně moc nepříjemné. Pak, když už mi vlasy začaly růst, chodila jsem i bez zakrytí své plešky.“*

Ženy s onkologickým onemocněním prsu řešily otázku jeho ztráty. Respondentky používají epitézy, kupují si speciální spodní prádlo i plavky, aby chybějící prs nahradily. Respondentka R2 se chodí koupat na veřejná místa a nemá s tím žádný problém: *„Chodím normálně k vodě s vnoučaty, mám speciálně upravené plavky a není vůbec poznat, že tam to prso prostě není. Nejdřív jsem si myslela, že to lidi poznají, ale hned poprvé u vody jsem zjistila, že se nikdo na mě nekouká, a od té doby jsem už neřešila, zda si toho někdo všimne.“* Zbylé dvě respondentky R4 a R5 sice také mají plavky, ale koupají se jen příležitostně a nemají z toho dobrý pocit. R5 na toto téma

sdělila: „Mám pocit, že když vyjdu z kabinky, že se všichni na mě koukají a ví, že mi něco chybí. Manžel mě stále ujišťuje, že to poznat není, i má dcera mi neustále říká, že nic není poznat.“

Podkategorie Podpora ženy

Z průběhu rozhovorů bylo zřejmé, že největší podporou během onemocnění měly ženy od svých partnerů a rodiny. Respondentka R4 řekla: „Kdybych neměla partnera takového, jakého mám, a velkou rodinu, nikdy bych své onemocnění nezvládla. Bylo to všechno pro mě náročné a potřebovala jsem se o někoho opřít a to byl můj partner a dcera s její rodinou. Hlavně největší motivací pro mě byla má vnoučata, pro která jsem tu chtěla ještě nějakou dobu fungovat.“ Všechny ženy byly z náročnosti léčby vyčerpány po psychické i fyzické stránce a právě v ten okamžik byl pro ně partner velmi důležitý, i když mnohdy nevěděl, jak se k ženě chovat a jak jí pomoci. Respondentkám R1, R2, R3 a R5 stačilo být se svými partnery, povídat si s nimi a v období po podání chemoterapie potřebovaly jejich pomoc při zvládání běžných denních aktivit. V této fázi své léčby chtěly respondentky R1, R2 a R3 ukončit léčbu, ale jejich partneři je přesvědčovali o tom, že má cenu bojovat o život. Respondentku R2 k léčbě motivoval partner: „Mě manžel motivoval tím, že mi ukázal, jak strašně neschopný beze mě je. On si ze začátku nedokázal uvařit, vyprat a žehlení bylo naprostý horor. Sám mi přiznal, že tohle jsou mé povinnosti, které on nezvládá a zvládat nechce. Já jsem ale věděla, že může nastat den, kdy to bude nutný, aby to uměl, a proto jsem si dávala za cíl ho co nejdříve naučit prát, vařit a nakupovat, až se naučil všechno k tomu, aby to beze mě přežil. Než jsem ho to všechno naučila, zjistila jsem, že jsem na konci léčby.“

Ženy nebyly motivovány a povzbuzovány jen svým okolím, ale i samy sebou. Všech pět respondentek odpovědělo, že si dávaly krátkodobé cíle, které se snažily plnit. Když viděly, že se cíle pomalu plní, dělalo jim to radost a stanovovaly si další a další cíle. To je povzbuzovalo, cítily se dobře a měly samy ze sebe radost, že se jim plnění cílů daří. Z počátku to byly malé cíle, které se postupem času měnily na cíle velké. Takto si stanovila cíle i respondentka R3: „Nejdřív jsem si říkala, že se chci dožít

druhého dne, potom, že se chci dožít prvních narozenin vnučky a stále se to stupňovalo, až jsem si své cíle nějak přestala dávat.“

Respondentce R3 také pomohla její nejlepší kamarádka, která již dříve prožila svou vlastní zkušenost s onkologickým onemocněním a chápala, nad čím R3 přemýšlí, co prožívá, a věděla, jak by jí mohla nejlépe pomoci. Přestože tato respondentka měla stabilní zázemí a partner ji ve všem podporoval, byly věci, o kterých s ním mluvit nechtěla. Jednalo se hlavně o věci, které se týkají žen, jako byla ztráta menstruace, vypadání vlasů, snížení sexuálního libida a změna vzhledu. Kamarádka ženy kdysi takové období sama prožívala, a tudíž věděla jak R3 pomoci: *„Věděla jsem, že když mě bude něco trápit, tak se jí budu moci svěřit, a že mě bude chápat a bude mi umět pomoci. Pro mě bylo těžký, když jsem přišla o vlasy, partner mi řekl, že mu nevadí, že je nemám. Kamarádka mi ukázala svou paruku, byla krásná, ale moc jí nenosila, byla pyšná na své nové vlasy a mě ujistila, že mi taky narostou. Vždy když jsem měla nějakou pochybnost, ona si se mnou v klidu promluvila. Nejvíc jsem se s ní bavila o tom, že jsem ztratila menstruaci a že jsem neměla zájem o sex. Byly to věci, o kterých jsem se nechtěla bavit s partnerem a ona si stejným problémem již prošla a věděla co mi říct a jak se chovat.“*

Podkategorie Psychologická pomoc

V problematice psychologické pomoci ženám s onkologickým onemocněním bylo z odpovědí respondentek zřejmé, že během hospitalizace a při docházení na léčbu jim byla lékaři i porodními asistentkami nabídnuta pomoc psychologa. Ani jedna z respondentek tuto odbornou pomoc nevyužila, i když respondentka R4 o tom vážně uvažovala: *„Už jsem nevěděla kudy kam, bylo to potom, co jsem zjistila, že mám rakovinu a začala jsem uvažovat, že bych pomoc psychologa využila. Měla jsem kontakt od lékařky, takže nebyl problém zvednout telefon a jedním hovorem si to zařídit, ale neudělala jsem to.“* Tato respondentka zastávala názor: *„Bylo to období, kdy jsem docházela na chemo a byla jsem úplně psychicky na dně. Měla jsem takové myšlenky, že to všechno zabalím a s léčbou nebudu nadále pokračovat. Nakonec právě partner mi pomohl tím, že mě zabalil a odvezl k dceři, která v tu dobu měla měsíční holčičku.“*

Chtěla jsem jí být užitečná a malou jsem hlídala a tím jsem úplně ztratila myšlenky na to, že bych s léčbou praštila.“ Respondentka R5 uvedla, že ona sama neměla zkušenosti s odbornou psychologickou pomocí, ale její kamarádka, se kterou se sblížila během léčby, využila tuto pomoc: „Myslím si, že to bylo způsobeno tím, že neměla nikoho blízkého, s kým by si promluvila. Manžel jí zemřel a děti spolu neměli, a ona neměla nikoho, na koho by se se svými problémy obrátila a komu by se mohla svěřit. Navíc já, pokud jsem nemusela, tak jsem v nemocnici nebyla, ale ona tam trávila většinu své léčby, protože se neměl o ni kdo postarat. Bylo mi jí strašně líto a byla jsem ráda, že já mám rodinu, o kterou se mohu opřít.“

Všechny respondentky odpověděly, že si nabídky odborné psychologické pomoci vážily a z počátku je překvapilo, že jim byl tento druh léčby nabídnut. Během podstupování léčby si uvědomily, z jakého důvodu jim to bylo nabídnuto. Žádná z dotazovaných žen však během léčby ani po jejím ukončení neměla potřebu vyhledat odbornou pomoc psychologa.

5 Diskuze

Nádorové onemocnění je charakterizováno nekontrolovatelným růstem buněk, kdy dochází k vymknutí organismu kontrolním mechanismům. Může docházet k tvorbě sekundárních ložisek tzv. metastáz, které se mohou šířit krevní cestou nebo lymfatickým řečištěm (Roztočil, 2011, s. 318). Nádory ženského genitálu představují velmi rozsáhlou skupinu nádorů čítající řádově stovky tumorů (Cibula, 2010, S. 89).

V bakalářské práci byl zvolen jediný hlavní cíl, který se zaměřil na to, jakým způsobem se ženy vyrovnávají s následky nádorového onemocnění.

První podkategorií výzkumného šetření byla oblast mapující potřebu žen s onkogynekologickým onemocněním být bez bolesti. Šamánková (2011) potřebu být bez bolesti přiřazuje na stejnou úroveň jako potřebu zraku, sluchu, čichu, hmatu či chuti. Také uvádí, že nemocní se bolesti velmi obávají a v systému uspokojování potřeb patří k nejsilněji pocíťovaným. Všechny pět respondentek během léčby zažilo různý druh a intenzitu bolesti, ale ani jedna z respondentek neuvédla, že by pocíťovala bolest související s nádorovým onemocněním ještě před stanovením jejich diagnózy. Lze se tedy domnívat, že rozsah nádorového onemocnění u respondentek nebyl tak pokročilý, aby pro ně byla bolest varovným signálem, jak popisuje i Adam (2004). Naopak nejvíce respondentky pocíťovaly bolest v pooperačním období a v období podávání cytostatické léčby. Respondentky (R1, R2, R3, R5) bolest zvládaly dobře, využívaly především farmakologickou léčbu bolesti. Jako jedinou využívanou alternativní metodu tyto respondentky uvedly teplé koupele. Jen respondentka R4 využívala k tlumení bolesti odvar z bylin. Předpokládáme tedy, že mezi nejčastěji využívané metody tlumení bolesti stále patří využívání farmakologických postupů z důvodů jejich snadnějšího užití, jejich dostupnosti a nedostatku informací o alternativních metodách. Respondentky udávají, že i s odstupem několika let od léčby nadále trpí občasnými bolestmi, které zvládají každá svým vlastním způsobem. Z rozhovorů s respondentkami je evidentní, že bolest přijímají jako součást celého léčebného procesu a nezbytnou daň za jejich navrácené zdraví.

Následující podkategorií bylo vyprazdňování moče a stolice. Schmidtová (2008) uvádí, že protinádorová léčba má negativní vliv na sliznici močového a trávicího systému, který se může projevit průjmem nebo naopak zácpou, plynatostí, bolestí břicha, častým močením, bolestí při močení, změnou barvy či zápachu moče. V této oblasti potřeb se u respondentek nevyskytl žádný z výše uvedených problémů, který by je dlouhodobě omezoval v jejich běžném životě. Nejobtížnějším obdobím pro respondentky bylo období hospitalizace v nemocnici, kdy byly v cizím prostředí, měly nedostatek pohybu a soukromí. Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že ze strany porodních asistentek jim byly poskytnuty pomůcky, soukromí a dostatek informací o možných komplikacích během vyprazdňování.

Výzkumné šetření se také zaměřilo na oblast výživy, která byla pro respondentky náročná jak po stránce fyzické tak i psychické. Ženy uváděly, že největší problém s příjmem potravy měly při podávání cytostatické léčby, kdy trpěly silnou nevolností a zvracením. Tyto příznaky popisuje i Schmidtová (2008), která mezi nepříznivé účinky protinádorové léčby uvádí např. suchost v ústech, bolest či snížení vnímání chuti. Kelner (2011) tvrdí, že častým projevem nádorového onemocnění je malnutrice a kachexie, které mají podíl na nemocnosti a úmrtí onkologicky nemocných pacientů. Ani u jedné z oslovených respondentek se neprojeví příznaky malnutrice či kachexie, a tudíž předpokládáme, že toto tvrzení se týká především nemocných v terminální fázi. Žádnou z respondentek před ani během léčby needukoval nutriční terapeut, který by ženám doporučil nejvhodnější postupy při stravování, doplňování tekutin či vhodné metody přípravy potravin. Každá z žen měla před nemocí jiné stravovací návyky, které nemusely být vždy správné, a proto zastáváme názor, že by bylo vhodné respondentky edukovat ještě v období před aplikací cytostatické léčby, kdy mají možnost se na změnu ve stravování připravit. Respondentky trpící nevolností a nechutenstvím byly odkázány na pomoc jejich nejbližších a to především na partnery, kteří jim vařili, krmili je a psychicky podporovali v příjmu potravy. Usuzujeme, že vliv okolí na respondentky měl pozitivní účinek.

Další výzkumnou oblastí byla potřeba aktivity a odpočinku. Žádná z dotazovaných respondentek netrpěla před onemocněním poruchami spánku. Velkou změnu

v aktivitách a spánku respondentky pociťovaly až během hospitalizace a v období velké psychické zátěže. Narušený spánek během hospitalizace popisuje i Šamánková (2011), která označuje za příčinu problémů se spánkem nedostatek soukromí, intimity, klidu, ale také přítomnost obav a nejistot z budoucnosti. Ženy také popsaly, že ze strany zdravotnického personálu se jim dostalo takové péče, aby mohly během hospitalizace dostatečně odpočívat. Byly jim nabídnuty léky na spaní a respondentky měly možnost donést si svůj polštář. Domníváme se, že zachovat klid na oddělení není zcela možné, protože jsou situace jako je např. noční podávání léků či jiná ošetrovatelská péče o klienty, které se neobejdou bez narušení nočního klidu. I přes to by porodní asistentky měly tyto činnosti vykonávat tiše a zachovávat klid na oddělení. Jedna z respondentek (R4) využívala alternativní metody, co se týkalo léčby, a léky na spaní odmítla, raději užívala byliny, které ji uklidňovaly a umožnily kvalitní spánek. Respondentka si byliny připravovala sama a zpočátku zdravotníci na ni pohlíželi skepticky, ale po několika dnech užívání se přesvědčili, že na ženu mají byliny pozitivní vliv. Troufáme si tvrdit, že někteří zdravotníci by se zachovali stejně a na ženu by pohlíželi stejně nedůvěryhodně. Proto si myslíme, že v rámci možností bychom neměli odmítat alternativní metody týkající se zlepšení kvality spánku. Ženy, které podstupují cytostatickou léčbu, obvykle limituje únava, která se vyskytuje velmi často u takto nemocných žen a výrazně snižuje jejich kvalitu života (Schmidtová, 2008). Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) se snažily co nejvíce odpočívat, s běžnými denními činnostmi jim pomáhala rodina a partneři. Většinu domácích prací zastávali partneři po dobu, kdy ženy nemohly tyto činnosti vykonávat. Myslíme si, že kdyby respondentka neměla dostatečné rodinné zázemí a partnera, který by se o ni staral, byla by žena odkázána na pomoc např. ošetrovatele. Náš názor je, že by bylo vhodné sestavit si denní plán, ve kterém by si žena stanovila dobu odpočinku a různých aktivit, které by jí celý den zaplnily, a zároveň nepociťovala nadměrnou únavu. Respondentky (R2, R3, R5) vlivem onemocnění přišly o zaměstnání, což považovaly za své selhání. Usuzujeme, že pro respondentky byla ztráta zaměstnání z psychického hlediska velmi náročná, ale zároveň byla nezbytná, protože i po ukončení léčby by nadále svoji současnou práci nemohly vykonávat.

Výzkumné šetření bylo také zaměřeno na oblast vztahů a sexuality. Překvapivě v této oblasti byly respondentky nejvíce ochotny sdělovat své vzpomínky a myšlenky. Troufáme si tvrdit, že je tomu tak, protože právě tato oblast jejich života byla pro ně důležitá a zároveň nejvíce zasažená. Pouze respondentka R4 se nechtěla podrobněji vyjadřovat k problematice sexuality, protože i nadále u ní přetrvávají problémy, které si nepřála zveřejňovat: „*Nezlobte se, ale na tuto otázku odpovím jen stručně. Problémy v sexuálním životě máme a řešíme si je sami, bohužel nevím, zda se vůbec někdy vyřeší.*“ Součástí léčby onkologicky nemocné ženy je i pomoc psychologa, psychiatra či podpůrné skupiny, o které se zmiňuje Schmidtová (2008). Žádná z respondentek nevyhledala odbornou pomoc týkající se změny v oblasti vztahů či sexuálního života. Je zcela pochopitelné, že ženy zpočátku léčby nechtějí a nemají potřebu řešit otázku sexuality, ale jejich partneři nejsou nemocní a tyto potřeby budou chtít i nadále uspokojovat. Myslíme si, že vhodným řešením by bylo ženy adekvátně edukovat o této problematice a poskytnout jim dostatek času na kladení jejich otázek. Pro tři respondentky (R2, R4, R5) bylo náročné se před svým partnerem vysvléknout, protože všechny byly po nádorovém onemocnění prsu, které jim chybělo. Jediná respondentka (R2) již nemá ostych se před svým partnerem svléknout, respondentky (R4 a R5) se během pohlavního styku před partnery nesvlékají a ponechávají si košili, která jim chybějící prs zakryje. Naopak respondentky (R1, R2), které se podrobily operaci vnitřních pohlavních orgánů, měly problém s vlhkostí pochvy a snížením libida. Tento nedostatek ženy vyřešily konzultací se svým gynekologem, který jim doporučil užívání lubrikačních gelů. Ani jedné z respondentek se během léčby jejich onemocnění rodina nerozpadla, i když onemocnění ženy ovlivnilo nepochybně život i ostatních členů rodiny. Naproti tomu Silver (2004) popisuje situace, kdy muži opustili své manželky za různých okolností, ale také poukazuje na to, že není ani výjimkou, když žena opustí muže. Respondentky se během léčby nevyhýbaly své rodině, což pokládáme za jeden z pozitivních faktorů při zvládnutí nemoci. V době, kdy ženy podstupovaly léčbu, měly všechny již vnoučata, kterým se nestranily, ba naopak se jim snažily celou situaci vysvětlit. To opět považujeme za posilující faktor ve vztahu s rodinou. Tschuschke (2004) se zmiňuje o tom, že ztráta plodnosti žen, může pro mnoho párů znamenat

narušení manželského vztahu či vytvoření emoční zátěže. Dotazované respondentky měly v době sdělení diagnózy své vlastní děti a o dalších neuvažovaly, tudíž pro ně informace nebyla až tak zásadní. Respondentka R2 uvedla: „*Ano určitě to bylo důležité, že mi to lékařka řekla, ale vzhledem, že už mám děti dospělé a mám věk, jaký mám, jsem rozhodně neuvažovala o tom, že nebudu mít další děti. Rozhodně by mě to trápilo, když bych byla mladší a vlastní dítě neměla, ale takhle, nebylo co řešit.*“ Domníváme se, že v případě mladších žen, které by neměly žádné dítě a plánovaly počít dítě, by otázka zachování plodnosti byla naprosto zásadní a uvažovaly by o různých metodách zachovávajících plodnost.

Následující podkategorie byla zaměřena na smíření se s onemocněním. Dle Gulášové (2009) má člověk nejvyšší hodnoty zdraví a život. Tyto hodnoty byly u onkologicky nemocných žen nejvíce ohroženy a ony si to uvědomovaly. Smíření se s nemocí nebylo snadné a to nejen pro ně, ale i pro jejich partnery a rodiny. Respondentky si možná v období, kdy byly nemocné, neuvědomovaly, že toto období není náročné jen pro ně, ale i pro jejich nejbližší. Myslíme si, že během léčby je velká pozornost věnována právě nemocné ženě, ale současně by neměla být opomíjena péče o nejbližší rodinu a přátele nemocné ženy. Angenendt (2010) přirovnává šok rodiny k šoku, který prožívá nemocná žena, a proto by dle našeho názoru měla rodina umět o nemoci mluvit a nejen tiše přihlížet. Dle odpovědí respondentek usuzujeme, že ženy jsou v rámci možností s onemocněním smířeny, i když se u nich občasně projeví smutek. Kdyby se ženy s onemocněním nesmířily, předpokládáme, že by jejich léčba nebyla úspěšná, protože by neměly odhodlání s nemocí bojovat. Již Elizabeth Kübler-Rossová popsala pět fází jako je šok, hněv, smlouvání, deprese a smíření (Cibula, 2009). Nevíme jistě, zda si dotazované respondentky prošly všemi fázemi smíření, ale ženy v rozhovorech popsaly zaskočení při sdělení diagnózy, deprese během probíhající léčby a nakonec smíření se s celou novou situací. Na základě zjištění by se dalo říci, že právě proto je znalost jednotlivých fází dle Elizabeth Kübler-Rossové pro vykonávání efektivní ošetrovatelské péče u onkologicky nemocných žen nezbytná.

Výzkumné šetření se také zabývalo oblastí týkající se podpory ženy. Dotazované ženy jednoznačně odpověděly, že nejvíce jim pomohli jejich partneři a rodina.

Nejednalo se jen o pomoc fyzickou, ale hlavně psychickou, které si ženy vážily a stále váží. Již v období stanovení diagnózy měly všechny respondentky vnoučata. Ta pro ženy znamenala velkou motivaci pro zvládnutí onemocnění. Silver (2004) uvádí, že partner by ženě měl naslouchat, ale také vědět, jak situaci odlehčit a ženu pobavit i v obtížných situacích. To přesně popsaly i respondentky. Zpočátku cítily, že si partneři nejsou jistí, co ženám mají říci, aby se jich to nedotklo, ale časem začali chápat, co mohou odlehčit a co naopak brát vážně. V období, kdy se ženy necítily dobře, si velmi vážily přítomnosti partnerů a jejich trpělivosti. Respondentky přiznaly, že velkou oporou si byly ony samy a to tím, že si samy dávaly cíle, které postupně plnily. To jim dodávalo síly na plnění dalších cílů. V mnoha případech se může stát, že nemocné ženy jejich partneři opustí a to z důvodů nadměrné zátěže. To tvrdí i Angenendt (2010). Žádnou z respondentek partner během léčby neopustil, naopak po celou dobu jim byl nablízko, přestože on sám si mnohdy nevěděl rady jak o ženu pečovat, co říct a jak jí pomoci. Přesto se domníváme, že pro ženy byli jejich partneři nejdůležitějšími osobami, které jim pomohli.

V podkategorii nazvané Psychologická pomoc jsme získávali informace o tom, zda dotazovaným ženám byla během léčby nabídnuta odborníkem psychologická pomoc. Ženy odpověděly, že jim pomoc byla nabídnuta jak ze strany lékařů, tak i ze strany porodních asistentek. Zpočátku je nabídka psychologa zaskočila, ale neurazila. Na začátku léčby ženy neuvažovaly o využití tohoto druhu pomoci, ale v průběhu léčby o tom přemýšlely. Žádná z žen nakonec nevyužila pomoc psychologa během léčby a ani po jejím ukončení. Cibula (2010) udává, že k onkologicky nemocným se v současné době přistupuje komplexně a jsou brány v potaz faktory biologické, psychologické a sociální. Proto se velmi rychle vyvíjí mezioborová disciplína psychoonkologie. Domníváme se, že propojení onkologie a psychologie je pro úspěšnou léčbu nezbytné, protože se pečuje vždy o bio-psycho-sociálně-spirituální bytost, tedy nejen o tělo. Považujeme za vhodné nejen informovat ženy o psychologické pomoci během celé léčby, ale již před zahájením léčby, protože odborník nemusí vždy přesně odhadnout, v jaké fázi dotyčná žena bude potřebovat tento druh léčby.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala rolí porodní asistentky v péči o ženu s onkologickým onemocněním. Nádorové onemocnění postihující ženy patří mezi onemocnění, které její zdraví i život ohrožuje. Vlivem vývoje nových léčebných postupů mají tyto ženy větší možnosti na přežití, ale zároveň i na kvalitní život po tak náročné léčbě. Záměrem porodní asistentky by nemělo být jen ošetřování ženy po fyzické stránce, ale i po stránce psychické.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se ženy vyrovnávají s následky nádorového onemocnění. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky a to, jaké oblasti života ženy ovlivnilo nádorové onemocnění a jakým způsobem se ženy vyrovnaly s diagnózou nádorového onemocnění. Výzkumná část byla po psychické stránce pro mne náročná, protože vyslechnutí a zpracování odpovědí nemocných žen bylo provázeno mnoho negativními emocemi.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nádorové onemocnění ovlivňuje život nejen ženy, ale i její rodiny. Žena je nemocí ovlivněna jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce narušenou oblastí života ženy je výživa, sexualita a psychika. Vyrovnání se s nemocí u ženy probíhá dlouhodobě a za pomoci rodiny a okruhu nejbližších přátel. Žádná z dotazovaných žen nevyužila odbornou psychologickou pomoc, přestože jim v průběhu léčby byla nabízena. Důležitou roli zastávala i porodní asistentka, která ženu ošetřovala, edukovala ji a pečovala o její potřeby, které byly během léčby často narušeny či pozměněny. Porodní asistentka pracující s onkologicky nemocnými ženami, by tedy měla být dostatečně empatická, vnímavá pro potřeby nemocné ženy, odborně vzdělaná, komunikativní, smířená se svou smrtelností a dostatečně psychicky odolná.

Bakalářská práce může sloužit jako podklad k přednášce pro porodní asistentky pracující na gynekologických ambulancích a na lůžkových odděleních. Práce může být také využita jako podklad k přednášce pro širokou veřejnost.

7 Seznam použitých zdrojů

ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a kolektiv, 2004. *Obecná onkologie*. Brno: Vydavatelství MU. 442 s. ISBN 80-210-3574-9.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2007. *Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates. 206 s. ISBN 978-3-8304-5316-1.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. 326 s. ISBN 978-807-3677-817.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BECKER, Horst, 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 852 s. ISBN 80-247-0720-9.

CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kolektiv, 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

CITTERBART, Karel, a kolektiv, 2001. *Gynekologie*, Praha: Galén. 277 s. ISBN 80-7262-094-0.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 99 s. ISBN 978-808-0633-059.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2014. *Vztahy a sexuální život onkologicky nemocných. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Maldá Fronta. roč. 24, č. 3, 68 s. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Základy edukce v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

- KAREŠOVÁ, Jana, a kolektiv, 2011. *Praktické rady pro onkologické pacienty*. Praha: Maxdorf Publishing. 165 s. ISBN 978-80-7345-268-1.
- KLENER, Pavel a Pavel KLENER, 2013. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 978-802-4741-710.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2005. *Obecná onkologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum. 205 s. ISBN 80-246-0968-1.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Galén. 96 s. ISBN 978-807-2627-165.
- KLIMEŠOVÁ, Marie, 2007. *Léčba poradiačních reakcí. Onkologická péče*. Česká asociace sester. roč. 11, č. 4, 28 s. ISSN 1214-5602.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
- MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. Praha: Grada. 347 s. ISBN 978-802-4735-306.
- MCKAY, Judith, Nancee HIRANO, 2005. *Jak přežít chemoterapii a ozařování*. Praha: Triton. 206 s. ISBN 80-725-4542-6.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie Froňková, Renáta Hernová a Marie Zajíčková, 2006a. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006b. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NAVRÁTILOVÁ, Jitka, 2010. *Výživa onkologického pacienta. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Maldá Fronta. roč. 20, č. 6, 86 s. ISSN 1210-0404.

NEMCOVÁ, Jana, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

PALKOVÁ, Ľuba a kol, 2012. *Onkologická ošetrovatelská péče*. [online]. [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.

POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA, 2008. *Borderline nádory vaječníků, současný pohled na etiologii, patologii a léčbu*. [online]. [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/borderline-nadory-vajecniku-soucasny-pohled-na-etiologii-patolog-338159>

ROZTOČIL, Aleš, a kolektiv, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kolektiv, 2010. *Ošetrovatel'ství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SCHMIDTOVÁ, Zuzana, 2008. *Vybrané odbory ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 149 s. ISBN 978-80-8063-295-3.

SILVER, Marc, 2006. *Moje žena má rakovinu prsu: jak společně zvládnout těžké období diagnózy a léčby a být partnerce oporou při návratu do života*. Praha: Reader's Digest Výběr. 320 s. ISBN 80-868-8019-2.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

TÓTHOVÁ, Valérie, a kolektiv, 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TSCHUSCHKE, Volker, 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. 215 s. ISBN 80-717-8826-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2007. *Praktický slovník medicíny*, Praha: Maxdorf Publishing. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

VALENTA, Jiří, a kolektiv, 2007. *Základy chirurgie*. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-802-4737-706.

8 Seznam příloh

Příloha – 1 Rozdělení nádorového onemocnění

Příloha – 2 Šíření nádoru v organismu

Příloha – 3 Otázky pro onkologicky nemocné ženy

Příloha – 4 Žádost o souhlas s výzkumným šetřením

Příloha – 5 Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 1 - Rozdělení nádorového onemocnění

Rozdělení nádorového onemocnění

Benigním nádorem se rozumí nezhoubný nádor, který je dobře ohraničený, neprorůstá do svého okolí, nemetastazuje, ale může způsobit tlak na okolní tkáň. Recidivy jsou u toho typu nádoru vzácné. Benigní nádory rostou pomaleji než nádory maligní a obsahují buňky podobné tkáni, ze které vyrůstají, mají jen různý stupeň anaplazie (návrat k primitivní nezralé formě) (Mačák, 2012, s. 126; Citterbart, 2001, s. 149).

Prekanceróza nebo také jinak přednádorový stav, nemá nádorový charakter, ale jde o zvýšenou růstovou aktivitu a proliferaci buněk. Histologicky se projevuje jako atypie buněčných jader s neporušenou bazální membránou. Tyto změny mohou regredovat nebo naopak progredovat. Mezi prekancerózy se ještě zařazují tzv. karcinomy in situ (Šafránková, 2006, s. 90; Citterbart, 2001, s. 149).

Semimaligní nádory se označují také jako potencionálně maligní, hraniční nádory či borderline. Tento typ nádorů se vyskytuje hlavně u nádorů ovarií. Tyto nádory lze odlišit pouze pomocí histologického vyšetření od nádorů maligních nebo benigních. Prognóza bývá příznivá, ale mohou lokálně recidivovat i metastazovat (Postgraduální medicína, 2008; Citterbart, 2001, s. 149).

Maligní nádor (zhoubný) je invazivní, prorůstá do svého okolí, do vzdálených orgánů metastazuje hematogenně, lymfogenně i implantačně. Právě metastázy bývají častou příčinou úmrtí klientky. Zhoubné nádory obsahují podobné buňky původních tkání s různým stupněm anaplazie (Mačák, 2012, s. 126; Citterbart, 2001, s. 149).

Příloha 2 - Šíření nádoru v organismu

Šíření nádoru v organismu

Šíření nádoru v organismu může probíhat dvojím způsobem: šíření přímé a zakládání vzdálených dceřiných ložisek tzv. metastáz (Vorlíček, 2012, s. 53 -54).

Při přímém šíření jde o pokračující místní růst, který postihuje i velké oblasti těla, jedná se o šíření per continuitatem (Klener, 2013, s. 155).

Při metastazování dochází k zakládání vzdálených dceřiných ložisek kdekoliv v těle. Jedná se o metastazování porogenní, které znamená šíření maligních buněk v tělních dutinách, kde nejsou přítomny žádné anatomické překážky, které by zabránily tomuto šíření. Příkladem může být karcinom ovaríí, který se dále šíří v břišní dutině. Metastazování hematogenní cestou probíhá vniknutím nádorové buňky do krevní cévy, kde se pomocí toku krve dostane do vzdáleného místa, zde se uchytlí, množí se a vytvoří nové ložisko. Metastazování lymfogenní cestou probíhá tvořením ložisek v průběhu lymfatických cév a lymfatických uzlin. Šíření lymfatickou cestou může snadno přejít v šíření hematogenní, protože mízní cévy ústí do krevního řečiště (Klener, 2013, s. 155; Vorlíček, 2012, s. 53-54).

Příloha 3 - Otázky pro onkologicky nemocné ženy

1. Identifikační údaje

Kolik je Vám let?

Jaký je Váš rodinný stav?

Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Jaké onemocnění Vám bylo diagnostikováno?

Jaký druh léčby jste podstoupila a jakým způsobem léčba probíhala?

2. Kategorie změny v životě ženy

Které oblasti Vašeho života byly onemocněním narušeny či pozměněny? (bolest, vyprazdňování, výživa, spánek, aktivita, vztahy, komfort, sebepojetí, sexualita, psychika)

3. Kategorie vyrovnání se s diagnózou

Jakým způsobem jste se s onemocněním vyrovnala?

Kdo Vám byl největší oporou při zvládnání nemoci a jakým způsobem Vám dotyčná osoba nejvíce pomohla?

Byla Vám během léčby nabídnuta péče psychologa? (Doplňující otázky: Využila by jste tuto péči? Využila jste tuto péči? Byla péče psychologa pro Váš psychický stav příznivá? Využíváte nadále péči psychologa?)

Zdroj: vlastní

Příloha 4 - Žádost o souhlas s výzkumným šetřením



Žádost o povolení výzkumu v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumu potřebného pro zpracování bakalářské práce.

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Porodní asistentka. Cílem výzkumného šetření, který bude prováděn kvalitativní metodou, je zjistit, jak se ženy vyrovnávají s následky nádorového onemocnění. Výzkumné šetření by probíhalo u pacientek, které navštěvují onkologickou a gynekologickou ambulanci [] []

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Bakalářskou práci pod názvem „Porodní asistentka v péči o ženu s onkologickým onemocněním“ zpracuji pod vedením Mgr. Romany Belešové.

Děkuji za ochotu a spolupráci

V Horní Plané, dne 10.3. 2014

Janellorim Pae



Zdeňka Straková

V Domkách 175

Horní Planá 38226

zdenka-strakova@seznam.cz

tel: 728319532

Zdroj:

vlastní

Příloha 5 - Žádost o souhlas ke spolupráci

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Zdeňka Straková a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Bakalářskou práci pod názvem „Porodní asistentka v péči o ženu s onkologickým onemocněním“ zpracuji pod vedením Mgr. Romany Belešové.

Děkuji.

V Českém Krumlově, dne.....

Podpis studentky.....

Podpis respondentky.....

Zdroj: vlastní