

# Aspekty života onkologicky nemocné ženy v těhotenství

Nikola Reková

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Reková**

Osobní číslo: **H16383**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Aspekty života onkologicky nemocné ženy v těhotenství**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti onkologického onemocnění v průběhu těhotenství.**

**Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.**

**Realizace kvalitativního výzkumu technikou narativního rozhovoru.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**DISAIA, Philip, William CREASMAN, Robert MANNEL, D. Scott McMEEKIN and David MUTC. Clinical Gynecologic Oncology. Philadelphia: Elsevier – Health Sciences Division, 2017. 728 s. ISBN 978-0-323-400-67-1.**

**DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.**

**HALAŠKA, Michael a Lukáš ROB. Onkologická onemocnění během těhotenství. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3753-2.**

**HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.**

**TOMÁŠEK, Jiří. Onkologie: minimum pro praxi. Praha: Axonite CZ, 2015. ISBN 978-80-88046-01-1.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jana Doleželová**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jana Doleželová  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

17.5.2019

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;*

*(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá onkologickým onemocněním v těhotenství a jeho vlivem na aspekty života těhotné ženy. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o epidemiologii nádorového onemocnění v těhotenství, o jeho diagnostice a možné terapii. Dále podrobněji objasňuje karcinom prsu vyskytující se v těhotenství. V neposlední řadě se práce zaměřuje na jednotlivé fáze zpracování sdělení diagnózy a na aspekty života s onkologickým onemocněním, kdy je člověk chápán jako bio-psycho-socio-spirituální celek. Praktická část obsahuje narativní rozhovor s ženou, která během těhotenství bojovala s maligním onemocněním. Prostřednictvím jeho analýzy je nastíněn průběh této nemoci. Výsledkem práce je porozumění prožívání onkologického onemocnění v průběhu těhotenství.

**Klíčová slova:** onkologické onemocnění, těhotenství, diagnostika rakoviny, chemoterapie, radioterapie, karcinom prsu, synoviální sarkom, aspekty života, prožívání rakoviny, kvalitativní výzkum, narativní rozhovor.

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with an oncological disease during pregnancy and its effect on the aspects of life of a pregnant woman. This thesis is split into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the epidemiology of oncological disease during pregnancy, its diagnosis and possible treatment. Breast cancer that occurs during pregnancy is described in detail. Further on, the thesis is focused on stages of dealing with the diagnosis and the aspects of life with an oncological disease, where person is understood as a bio-psycho-socio-spiritual whole. The practical part contains a narrative interview with a woman suffering malignant disease while pregnant. Through an analysis of the interview is described the course of the illness. The result of this thesis is an understanding of enduring an oncological disease during pregnancy.

**Keywords:** oncological disease, pregnancy, cancer diagnosis, chemotherapy, radiotherapy, breast cancer, synovial sarcoma, aspects of life, experience of cancer, qualitative research, narrative interview.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Doleželové za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování bakalářské práce. Velké poděkování patří slečně Janě R. za čas, který mi věnovala, a především za vyprávění svého životního příběhu. Bez její pomoci by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych chtěla velmi poděkovat svému příteli, rodině a přátelům za pomoc a podporu po celou dobu studia.

*„Kdo bojuje, vyhrává.“*

Jana R.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Nikola Reková



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 EPIDEMIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1 VÝSKYT MALIGNIT V TĚHOTENSTVÍ .....	13
1.2 PROGNÓZA MALIGNIT V TĚHOTENSTVÍ .....	15
<b>2 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>16</b>
2.1 ZOBRAZOVACÍ METODY .....	17
2.1.1 Ultrazvukové vyšetření .....	17
2.1.2 Magnetická rezonance.....	17
2.1.3 Radiologické vyšetření.....	18
2.2 PRENATÁLNÍ PÉČE O TĚHOTNÉ ŽENY S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	18
<b>3 TERAPIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>20</b>
3.1 OPERAČNÍ LÉČBA .....	20
3.2 RADIOTERAPIE .....	22
3.3 CHEMOTERAPIE .....	22
3.4 VLIV TERAPIE NA PLOD .....	23
3.5 NÁSLEDNÁ REPRODUKCE .....	24
<b>4 VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>25</b>
4.1 KARCINOM PRSU .....	25
4.2 SYNOVIÁLNÍ SARKOM.....	26
<b>5 ASPEKTY ŽIVOTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....</b>	<b>27</b>
5.1 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	27
5.2 KVALITA ŽIVOTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM .....	28
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>6 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>32</b>
6.1 CÍL PRÁCE .....	32
6.2 METODIKA VÝZKUMU .....	32
6.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTKY.....	33
6.4 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	33
6.5 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34

<b>7</b>	<b>INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU .....</b>	<b>35</b>
7.1	OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ PŘED STANOVENÍM DIAGNÓZY.....	35
7.2	OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ OD STANOVENÍ DIAGNÓZY DO PORODU.....	37
7.3	OBDOBÍ PO PORODU .....	41
7.4	ANALÝZA ROZHOVORU .....	43
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>46</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>49</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>53</b>

## ÚVOD

Seznámení se s onkologicky nemocnou těhotnou ženou bylo motivem k napsání této bakalářské práce. Jak se s nemocí a zároveň těhotenstvím vyrovnala je naprosto obdivuhodné. Její příběh nás zasáhl a ovlivnil natolik, že jsme se rozhodli jako téma práce zvolit problematiku onkologického onemocnění v těhotenství, o které stále není mnoho poznatků.

Slovo „rakovina“ je spojeno se smutkem, smrtí, bolestí, ale málokdo si jej spojí se slovem těhotenství. Proto není divu, že je pro ženy zjištění onkologického onemocnění v průběhu těhotenství mnohem větší šok. Nejen pro těhotné ženy znamená nádor velkou tělesnou a duševní zátěž. Dochází k ovlivnění celého života. Období, během kterého se žena těší na příchod svého potomka, se mění na období plné nejistoty a strachu nejen o sebe samé, ale navíc o své dítě.

Teoretická část má za cíl seznámit čtenáře s malignitami v těhotenství. Jelikož výskyt tohoto onemocnění není častý, není k dispozici velké množství odborné literatury, proto většina informací pochází z novodobých odborných článků. Především od prof. MUDr. Michaela Halašky, DrSc., který se na tuto problematiku specializuje. Je zde pojednáváno o výskytu onkologického onemocnění v těhotenství, jeho prognóze, diagnostice, léčbě a jeho vlivu na plod. Krátce jsou zde popsány některá nádorová onemocnění spojená s těhotenstvím. Poslední oblastí je psychické prožívání a ovlivnění aspektů života náročnou životní situací, kterou nádorové onemocnění zajisté je.

Praktická část vychází z narativního rozhovoru s participantkou Janou, která si užívala první měsíce těhotenství, když se jí v jediném okamžiku změnil život. Nyní nebylo její jedinou starostí připravování se na roli matky, ale zvládání role onkologické pacientky s diagnózou rakoviny ve druhém stádiu. S odstupem téměř dvou let, během kterých je participantka v remisi, byla ochotna pro tuto práci poskytnout velmi emotivní rozhovor, který je zde interpretován a analyzován.

Snahou bylo porozumět prožívání onkologického onemocnění v průběhu těhotenství a následně v poporodním období. Získané poznatky z výzkumného šetření mohou být zdrojem inspirace ke zvládání těžkých životních situací. Mohou nás také přivést k zamyšlení o svém vlastním životě.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 EPIDEMIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ

Nádorová onemocnění nebo samotný nádor lze definovat více způsoby. „Podle Willise je nádor shluk abnormálních buněk, které rostou odlišně od buněk normálních, a tento růst přetrvává v těle i v době, kdy přestala působit příčina nádor vyvolávající. Jiná definice praví, že nádor je prakticky nezvratná změna tkáně ve smyslu jejího místně neregulovaného růstu o autonomní povaze.“ (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 119) Malignity, které jsou diagnostikovány v průběhu těhotenství, jsou sice vzácnou skupinou, ale ne výjimečnou. Jejich výskyt v posledních letech stoupá, vzhledem ke zvyšujícímu se věku rodiček, kdy ženy odkládají těhotenství. Více než pětina žen v dnešní době rodí ve věku nad 35 let. (Drochýtek, Rob a Halaška, 2016, s. 135)

Za nádorová onemocnění spojená s těhotenstvím se považují všechny malignity, jejichž diagnostika proběhne během těhotenství nebo do jednoho roku od porodu (Horáková, 2017, s. 115).

## 1.1 Výskyt malignit v těhotenství

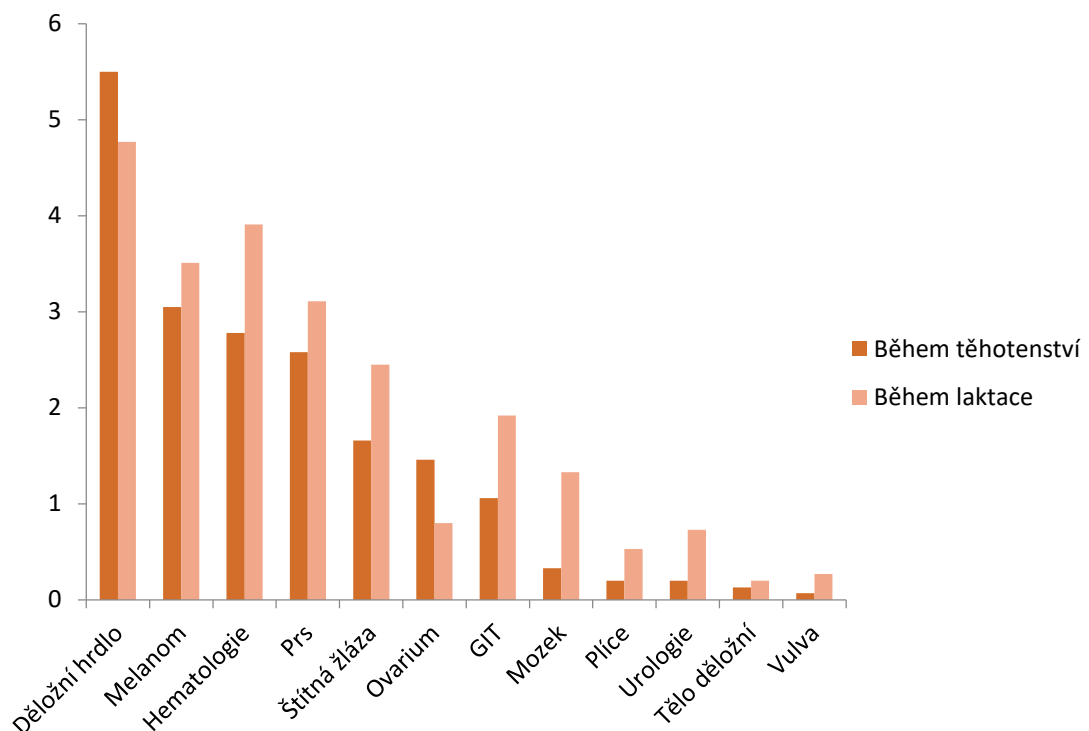
Incidence onkologických onemocnění v těhotenství je v literatuře udávána ve velkých rozptylech. Důvodem je zatím nedostačující výzkum této problematiky. Některé zdroje vychází z propojení záznamů o porodech a národních onkologických registrů, ale především ze záznamů konkrétních pracovišť, které se touto problematikou zabývají podrobněji. Lze jen přibližně říci, že se na 1 000 porodů vyskytuje v podmínkách naší zdravotnické péče jeden maligní nádor. (Roztočil, 2015, s. 195) Souhrnný výskyt maligních onemocnění je pravděpodobně 21-38 těhotenství na 100 000 těhotných žen. V tomto případě data zahrnují počet malignit během těhotenství a v následujících dvanácti měsících po porodu. (Drochýtek, Rob a Halaška, 2016, s. 135)

Je samozřejmé, že incidence se liší jak jednotlivými rasami, tak jednotlivými zeměmi, především z důvodu rozdílné prenatalní péče. Dalšími faktory, které frekvenci onemocnění ovlivňují, jsou věk, socioekonomický status a životní styl ženy. (Halaška a Rob, 2015, s. 15)

Mezi nejčastěji vyskytující se onkologické diagnózy v těhotenství patří:

- karcinom děložního hrdla (1 : 2 200),
- karcinom prsu (1 : 3 300),
- maligní lymfom (1 : 6 000),
- ovariální karcinom (1 : 10 000). (Rokyta a Šubrtová, 2001, s. 683)

Jako přehled diagnóz diagnostikovaných v období těhotenství slouží Graf 1., který znázorňuje jednotlivá onemocnění podle jejich výskytu v České republice během těhotenství a během laktace. Data uvedená v grafu byla získána z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR spárováním následujících registrů: Novotvary, Rodička a novorozenec a Potraty. Z grafu vyplývá, že karcinom diagnostikovaný během gravidity, kromě karcinomu děložního hrdla, má nižší incidenci než „pregnancy-associated cancer“, tzn. v období dvanácti měsíců po porodu. (Halaška a Rob, 2015, s. 17)



Graf 1. Výskyt malignit na 100 000 těhotenství v ČR (Halaška a Rob, 2015, s. 15)

Díky sběru dat Národního onkologického registru lze výskyt karcinomu rozdělit i na jednotlivá období. V prenatalním období je incidence 0,25 : 1 000 porodů, v intranatalním

období (období porodu) 0,07 : 1 000 porodů a do jednoho roku od porodu je to 0,6 : 1 000 porodů. (Roztočil, 2015, s. 196)

## 1.2 Prognóza malignit v těhotenství

V současné době se před ukončením těhotenství dává přednost léčbě. Studie neprokázaly rozdílnou prognózu u těhotných a netěhotných pacientek. Z toho vyplývá, že těhotenství nemá na diagnózu vliv. Prognóza je ovlivněna pouze možným zpožděním stanovení diagnózy a následné léčby. Ukončení gravidity pouze umožňuje aplikaci standardních terapeutických postupů, které by při pokračování gravidity vedly k potratu nebo působily teratogenně. (Driák, Sehnal a Halaška, 2018, s. 38)

Vzhledem k významným těhotenským změnám imunitního systému a vlivu hormonů nelze odhadovat reakci nádoru. Může být stimulován k růstu a tím se prognóza zhorší, nebo ho vůbec neovlivní. Nepříznivá prognóza u gravidních pacientek je ve většině případů z důvodu opožděné diagnózy, protože těhotenské příznaky zastíní brzké symptomy onemocnění. Zhoršení může nastat v průběhu kojení, a to zejména při rakovině prsu a vaječnicků. Mezi onemocnění, které může být samotným těhotenstvím komplikováno, patří melanom. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 335)

I přes možnosti léčby během těhotenství jsou zhoubné nádory šestou nejčastější příčinou mateřského úmrtí. Mezi nejčastější, které mají za následek úmrtí, jsou hematologické malignity a tumory CNS. (Bendová, 2000, s. 10)

## 2 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství dokáže onemocnění modifikovat, tím je diagnostika velmi problematická. Frekvence není natolik vysoká, aby na onkologické onemocnění bylo ihned pomýšleno, proto stanovení diagnózy není vůbec jednoduché a je nutná mezioborová spolupráce. Důležitou součástí je především vnímavost těhotné ženy, protože těhotenské změny často maskují klinické symptomy nádoru. Tím dochází k pozdější diagnostice ve srovnání s netěhotnými pacientkami. (Disaia et al., 2017, s. 355)

V průběhu těhotenství se u nás provádí onkologický screening pouze na nádorové onemocnění děložního hrdla, které je těhotenstvím změněno a ani v tomto případě není diagnostika jednoduchá. Provádí se formou kolposkopie a cervikální cytologie v prvním trimestru. Suspektní nález a podezření na počínající zhoubné onemocnění je indikací k biopsii. Diagnóza onemocnění se jako taková nemění, jen je její stanovení obtížné. Například tím, že tumor markery jsou u všech gravidních žen zvýšeny nebo zvětšením dělohy, která překrývá ostatní orgány dutiny břišní. (Roztočil, 2015, s. 195)

Podobnost příznaků malignity a těhotenství je opravdu velká. Jedná se zejména o známky počáteční gravidity, tedy o zvracení a pyrózu v I. trimestru, které by v tomto období měly vymizet. Pokud tomu tak není, je nutno vyloučit jiná onemocnění. Maligní melanom je doprovázen hyperpigmentací, stejně jako těhotenství. Především zvýšená únava, která doprovází celé těhotenství, může být také znakem rozvíjejícího se nádoru. (Roztočil, 2015, s. 196) Proto je nutné při opakovaných stížnostech pacientky myslet i na onkologické onemocnění a symptomy nepřehlížet, jen proto, že jsou součástí běžného stavu v těhotenství.

Onkodiagnostika je stejná jak u těhotných, tak u netěhotných pacientek a pro plod většinou zcela neškodná, tedy pokud se vyhýbáme ionizujícímu záření. Vyšetření lze rozlišit na laboratorní, prebiptické, biptické a zobrazovací metody. (Roztočil, 2015, s. 196) Metodou první volby je ultrazvuk během celého těhotenství. Další metodou je magnetická rezonance ve druhém a třetím trimestru. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 335)



## 2.1 Zobrazovací metody

Při diagnostice nádorových onemocnění se bere v úvahu především gestační stáří plodu a možné ovlivnění dalšího vývoje. Proto, pokud je to možné, se dává přednost ultrazvuku a magnetické rezonanci před počítačovou tomografií a rentgenologickým vyšetřením. (Halaška a Rob, 2015, s. 20)

### 2.1.1 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvuk (UZ) je preferovanou metodou při stanovení prvotní diagnózy většiny malignit v těhotenství v co nejnižším stádiu. Výhodami, oproti jiným zobrazovacím metodám, je především rychlost provedení vyšetření a vyhotovení výsledků, nízkonákladovost a bezpečnost během těhotenství bez zátěže pro matku i plod. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 335)

Mezi faktory, které mohou negativně ovlivnit výsledky, patří zkušenosti vyšetřujícího lékaře, obezita pacientky, vyšší náplň střev (proto je i v těhotenství vhodné UZ vyšetření provádět nalačno) a především zvětšení dělohy, která utlačuje orgány okolo a tím se mění organizace a přehlednost dutiny břišní a pánve. Při nejasném výsledku nebo pro potvrzení diagnózy volíme k objasnění nálezu magnetickou rezonanci. (Halaška a Rob, 2015, s. 20-21)

### 2.1.2 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (MRI) je druhou nejčastější metodou při diagnostice. Dle Rokyty a Šubrtové (2001, s. 685) není její využití vhodné během I. trimestru, naopak Drochýtek, Rob a Halaška (2016, s. 135) udávají, že provedení je možné v průběhu celého těhotenství, pokud je to nutné a nelze jej nahradit jiným vyšetřením.

Před samotným vyšetřením je nutné vzít v úvahu, jaký je poměr rizika a přínosu, zda nelze vyšetření nahradit UZ metodou, nelze jej odložit až na období po prvním trimestru nebo po ukončení těhotenství a jestli výsledek vyšetření ovlivní další kroky terapie v těhotenství. (Halaška a Rob, 2015, s. 28) I přes to, že je míra rizika nízká, měla by se MRI provádět bez podání kontrastního gadolinia, které prochází placentární bariérou, vylučuje se ledvinami plodu do plodové vody, kde se štěpí a stává toxickým. V případě podání hrozí vznik nefrogenní fibrózy u plodu postihující kůži, svaly a pojivo. Pokud je podání kontrastní látky nezbytné, je doporučováno podat nižší dávku a volit přípravky,

u kterých je riziko minimální nebo alespoň nižší. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 335-336)

### 2.1.3 Radiologické vyšetření

Mezi radiodiagnostická vyšetření využívající ionizující záření patří RTG, CT a mamografie. Je nutno zohlednit radiační zátěž, které je těhotná žena při těchto metodách vystavena. Z celkové dávky záření zasáhne oblast malé pánve 0,1 - 1%, i přes zajištění krytí plodu, proto musí být provedení radiologického vyšetření naprosto nezbytné. Při rozhodování o provedení vyšetření využívající ionizující záření se bere v úvahu i lokalizace místa, které je nutno ozářit. Při rentgenu hrudníku nebo mamografii je plod vystaven nižším dávkám, než při CT břicha a malé pánve. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 335-336)

Záření v prvních dvou týdnech těhotenství může vést k poškození embryonálních buněk a úmrtí plodu. Pokud bylo embryo pod vlivem dávky vyšší než 0,1 - 0,2 Gy v období organogeneze, může se zvýšit výskyt malformací orgánů. Nejcitlivější je centrální nervový systém. (Horáková, 2017, s. 116)

## 2.2 Prenatální péče o těhotné ženy s onkologickým onemocněním

Jelikož onkologické onemocnění významně komplikuje těhotenství, je i prenatální péče o ženu velmi ztížena. Je potřeba multidisciplinární spolupráce, která zahrnuje především lékaře z oboru onkogynekologie, porodnictví a neonatologie, ale také chirurgy, radiology nebo klinické onkology. Významným pomocníkem může být i psycholog. V tomto období žena stojí před rozhodováním, zda po zjištění diagnózy pokračovat v těhotenství, ukončit jej předčasně a započít agresivní onkologickou terapii, nebo je-li těhotenství na počátku, ukončit jej indukovaným potratem. Zde je nutná péče již zmiňovaných lékařů, ale i nelékařských profesí, které by měly být ženě oporou a poskytnout dostatek informací při rozhodování. Většinou se využívá těhotenství zachovávající strategie, přesto lze těhotenství z onkologické indikace ukončit až do 24. týdne gravidity. (Halaška, Škultéty a Rob, 2012, s. 336)

Zároveň je důležité myslet na rizika, která nepříznivě ovlivňují průběh těhotenství i u zdravé ženy. Proto je před samotným rozhodováním nutné provést UZ vyšetření, při kterém je potvrzeno gestační stáří plodu, jeho vitalita, předpokládaná hmotnost a záro-

veň jsou vyloučeny jakékoliv VVV. Pokud se žena rozhodne v těhotenství pokračovat, měla by být vedena v prenatální poradně pro riziková těhotenství, kde se naplánují další kontroly a možnosti dalšího postupu. Dále je vhodné naplánovat načasování a vedení porodu. Vše se odvíjí od přání rodičky, týdne gravidity a především typu a stádia onkologického onemocnění. I v této situaci se preferuje termínový porod, tedy porod po ukončeném 37. týdnu těhotenství, přesto se ve většině případů porod plánuje v období lehké prematurity<sup>1</sup>. (Halaška a Rob, 2015, s. 86-88) Předčasným porodem je novorozenec ohrožen vysokou mortalitou a často závažnou morbiditou. Při plánování porodu, kdy je nutná během terapie chemoterapie, je důležité zachovat třítýdenní odstup od poslední dávky. Více o této problematice je uvedeno v kapitole „Chemoterapie“.

---

<sup>1</sup> „Prematurita je definována jako porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství (WHO).“ (Roztočil, 2017, s. 535)

### 3 TERAPIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ

Léčba nádorového onemocnění těhotné ženy se téměř neliší od léčby netěhotné, tedy zahrnuje chirurgickou léčbu, radioterapii a chemoterapii. Každá terapie je velice individuální a v případě onkologického onemocnění v těhotenství to platí dvojnásobně. Léčba se liší dle typu nádoru, jeho stádia a především dle jednotlivých trimestrů. Při rozhodování o následném postupu je důležitá mezioborová spolupráce, ale také zapojení pacientky a jejích rodinných příslušníků. Týmová spolupráce by měla probíhat na specializovaných pracovištích. (Horáková, 2017, s. 115-116)

Přesto, že neexistují jasné pokyny, jak při onkologickém onemocnění v těhotenství postupovat, měly by se dodržovat tyto optimální normy:

- zachránit život matky,
- léčit maligní onemocnění těhotné ženy,
- chránit plod a novorozence před škodlivými účinky léčby rakoviny,
- zachovat reprodukční systém matky. (Pavlidis, 2002, s. 280)

Umělé ukončení těhotenství není vždy nezbytné, protože nezaručí zlepšení výsledků terapie nádoru. Lze využít vyčkávací metody, kdy se indukuje porod nebo provádí císařský řez v době, kdy dojde k dozrání plic plodu. V případě, že se s léčbou vyčkává až po ukončení těhotenství, preferuje se vaginální porod, po kterém ji lze zahájit okamžitě. V případě nekomplikovaného SC se terapie zahajuje až po uplynutí jednoho týdne. (Strašilová, Procházka a Pilka, 2014, s. 517)

#### 3.1 Operační léčba

Chirurgická léčba je nezbytnou součástí onkologické terapie. Operace v těhotenství není častá, pouze přibližně 0,5 - 2% těhotných žen podstoupí chirurgický zákrok. Nejčastěji z důvodu náhlé příhody břišní. Řešení onkologických nálezů je na druhém místě. Soubor chirurgických postupů závisí na gestačním stáří a celkovém vývoji plodu. (International Gynecological Cancer Society, 2014, s. 396)

Z důvodu celkové anestezie se doporučuje operaci oddálit až po 12. týdnu gravidity, kdy je nižší riziko spontánního potratu a komplikací spojených s anestezií a medikamentózní léčbou. Další výhodou provedení operace až po uplynutí prvního trimestru je možnost odstranění ovarií, je-li to nezbytné, jejich funkce je v tomto období plně nahra-

zena placentou. Období mezi 13. a 16. týdnem těhotenství je bráno za optimální dobu pro výkon. Děloha nebrání přístupu do dutiny břišní a malé pánve a její velikost není tak významnou komplikací, jako v pozdějším období těhotenství. Naopak rozmezí 24. a 30. týdne gravidity je bráno jako nejrizikovější, co se týká prematurity, a tím zvýšené morbiditativy novorozence. Dle statistik dochází k předčasnému porodu v 10% těhotenství. (Rokyta a Šubrtová, 2001, s. 683) Jedná-li se o operaci po 24. týdnu těhotenství, měl by se jí účastnit i perinatolog, který monitoruje stav plodu a je k dispozici v případě nutnosti provedení SC. Po 32. týdnu, pokud to stav pacientky dovolí, se operace odkládá do období šestinedělí. V případě, že je nutno chirurgicky zasáhnout po 34. týdnu, doporučuje se zároveň pomýšlet na ukončení těhotenství během zákroku. (Halaška a Rob, 2015, s. 55-59)

Těhotenství komplikuje anestezii vyšším objemem obíhající krve, čímž je průtok krve ledvinami zvýšen. Pro plod anestezie znamená minimální riziko ve druhém a třetím trimestru. Je nutné důsledné anesteziologické vyšetření a po operaci dostatečná pooperační analgezie, zajištění prevence tromboembolických komplikací bandážemi dolních končetin a miniheparinizací. Možným komplikacím lze předejít dostačující hydratací prostřednictvím infuzní terapie, oxygenací a především polohou pacientky v mírném náklonu na levém boku, aby nedošlo k útlaku dolní duté žíly. (Drochýtek, Rob a Halaška, 2016, s. 136) Před operací i během ní je doporučováno provádět monitorování plodu a aplikovat intravenózně tokolytika<sup>2</sup> po dobu 24 hodin před zákrokem k zabránění nástupu předčasných kontrakcí. (Strašilová, Procházka a Pilka, 2014, s. 518)

Je doporučováno splnit čtyři hlavní předpoklady pro úspěšný chirurgický zákrok během těhotenství. Operátorem by měl být zkušený chirurg, operační doba laparoskopie by neměla přesáhnout 90 minut, maximální hodnoty nitrobřišního tlaku v pneumoperitoneu by měly být 10 - 13 mmHg a je vhodné načasovat výkon do druhého trimestru. (International Gynecological Cancer Society, 2014, s. 396)

Pooperačně je nutné zkontrolovat stav plodu pomocí KTG<sup>3</sup> záznamu a ultrazvuku. Vzhledem k tomu, že těhotenství je považováno za hyperkoagulační stav, profylaxe nízkomolekulárním heparinem je během následné péče nezbytná. Důležitou roli hraje

---

<sup>2</sup> Tokolytika jsou léčiva, která omezují nebo zastavují děložní kontrakce. (Roztočil, 2008, s. 167)

<sup>3</sup> KTG (kardiotokografie) je zaznamenávání srdeční akce plodu a děložní činnosti. (Roztočil, 2008, s. 76)

podání antiemetik tlumící zvracení a využití pooperační analgezie, kterou nelze těhotné podávat v běžných dávkách. (Halaška a Rob, 2015, s. 63)

### 3.2 Radioterapie

Využití radioterapie v těhotenství je velmi omezeno. Z důvodu teratogenního vlivu ionizujícího záření na plod je ve většině případů radioterapie během těhotenství kontraindikována a její zahájení se odkládá do období po porodu. Léčení nádorů v oblasti malé pánve ozařováním během celého těhotenství se neobejde bez těžkých následků pro plod, které mohou být až smrtelné. Důsledky se odvíjí od druhu tkáně a velikosti místa, které je ozařováno a také dávkou záření, která byla použita. (Roztočil, 2015, s. 197) Často zde dochází ke konfliktu, zda zachránit život matky nebo plodu, je ale nutno brát ohled na přání těhotné ženy.

Následek ionizujícího záření v období gravidity závisí na stádiu vývoje plodu a dávce ozařování dělohy, proto je vždy nutné důkladné stínění plodu. V prvních třech týdnech, kdy probíhá preimplantace, dochází pod vlivem záření buď k usmrcení buněk, nebo jsou poškozené buňky nahrazeny. Platí zde pravidlo „všechno nebo nic“. (Drochýtek, Rob a Halaška, 2016, s. 136) V následujících čtyřech týdnech, tzv. období organogeneze, je plod nejvíce citlivý. Záření vyšší než 0,1 - 0,2 Gy má za následek vznik malformací, a to především poruchy CNS nebo rozštěpy páteře a patra. V období 9. - 15. týdne záření způsobuje pokles IQ a tím vznik mentální retardace. Snížení skóre IQ může být až o 21 bodů na 1 Gy záření. Riziko je i v pozdějším období nitroděložního vývoje, ale pokles není natolik výrazný. (Cibula, Petruželka a kolektiv, 2009, s. 590)

### 3.3 Chemoterapie

Pojmem chemoterapie je označováno podávání léků s cytotoxickým účinkem, které jsou produkty chemické syntézy a jejich cílem je poškodit nádorovou DNA (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 129). Chemoterapie je komplexní léčbou, kdy nelze zabránit přechodu chemoterapeutik přes placentu a není tedy možné eliminovat negativní vlivy na vyvíjející se plod v děloze. Obecně je snaha se chemoterapii vyhnout nebo ji alespoň odložit až do období po porodu, ne však déle než o 4 týdny, hrozí tím zhoršení prognózy pacientky. Pokud to diagnóza nedovoluje, lze podat cytostatika již v průběhu těhotenství

po dokončení organogeneze, tedy po prvním trimestru. Tím se sníží riziko úmrtí plodu nebo vzniku závažných malformací. (Roztočil, 2015, s. 197)

Negativní vlivy spojené s chemoterapií provázejí celé období těhotenství z důvodu fyziologických změn, které ovlivňují farmakokinetiku podávaných léčiv. Jedná se zejména o nárůst srdečního výdeje a celkového krevního objemu, vyšší množství vody v těle, změnu koncentrace jednotlivých složek plazmy, zvýšení renálních funkcí a snížení střevní peristaltiky. To vše ovlivňuje výběr cytostatik a je nutno s těmito změnami počítat a brát je v úvahu. (Halaška a Rob, 2015, s. 66)

Jak již bylo zmíněno, nejrizikovější je podávání cytostatik v prvním trimestru. Ale i v pozdějším období těhotenství zahrnuje terapie jistá rizika, mezi která patří zejména intrauterinní růstová retardace plodu, neutropenie (nízká hladina neutrofilů) nebo mentální retardace. Přesto všechna tato rizika mnohonásobně převyšuje riziko předčasného porodu a s ním spojená morbidita. Ve druhém trimestru lze chemoterapii relativně bezpečně aplikovat. Třetí trimestr má jistá omezení pro užívání chemoterapeutik. Lze je podávat pouze do 34. týdne těhotenství a je vhodné dodržet rozestup 3 týdny od poslední dávky a porodu, aby nedošlo k problémům spojeným s krvácením, infekcí nebo anémií u pacientky i u plodu. Při podávání chemoterapie je nutné pravidelné monitorování plodu a při UZ vyšetření se kromě sledování růstu plodu hodnotí maximální systolická průtoková rychlost v arteria cerebri media, aby se vyloučila anémie plodu. (Drochýtek, Rob a Halaška, 2016, s. 137) Pokud lze chemoterapii zahájit až po porodu, je kojení kontraindikováno z důvodu prostupu cytostatik do mateřského mléka (Strašilová, Procházka a Pilka, 2014, s. 519).

Nejčastěji se užívají následující chemoterapeutika - 5-fluorouracil, cyklofosfamid, busulfan, dakarbazin, doxorubicin a daunorubicin (Horáková, 2017, s. 117).

### **3.4 Vliv terapie na plod**

Na otázku ovlivnění plodu terapií zhoubného nádoru je stále nedostatek odpovědí. Proto lékaři nedokáží s jistotou pacientkám říct, jak moc léčba ohrozí jejich nenarozené dítě. Nejdůležitější pro další vývoj plodu je doba, kdy je s terapií nutno začít. Pokud se jedná o období organogeneze, vliv bude jistě větší než např. ve třetím trimestru. (Driák, Sehnal a Halaška, 2018, s. 38)

Nelze jasně říci, jaké je riziko přestupu nádoru na plod. Byl popsán transplacentární přechod nádorových buněk, ale o zvýšeném výskytu nádorových onemocnění u dětí matek

vystavených nádorovému onemocnění v průběhu těhotenství se v literatuře již nikdo nezmiňuje. (Tesařová, 2016, s. 21)

Vliv terapie na novorozence popisuje studie z roku 2015 zprostředkovaná Mezinárodní sítí pro rakovinu, neplodnost a těhotenství, na které spolupracovala mezinárodní centra v ČR, Belgii, Itálii a Holandsku. Byly porovnávány děti, jejichž matkám byla diagnostikována rakovina a děti matek bez maligní diagnózy. Děti byly hodnoceny v 18. a 36. měsíci věku, bohužel dlouhodobější výsledek prozatím chybí. Ve skupině dětí s nemocnou matkou během těhotenství jich bylo zkoumáno 129, stejný počet byl v kontrolní skupině, která měla shodný gestační věk. Z toho jich bylo 96 prenatalně vystaveno chemoterapii, 11 radioterapii, 13 operaci, 2 jiným metodám léčby a 14 bylo bez terapie. Celkem 79 dětí v prenatalně expoziční skupině se narodilo předčasně, v průměru ve 36. týdnu těhotenství. Byla zaznamenána nižší porodní hmotnost u 28 dětí v prenatalně expoziční skupině a u 19 v kontrolní skupině. Průměrná hmotnost při porodu činila 2 705 g. Ačkoliv byl výskyt prematurity vysoký, na kognitivním, srdečním nebo celkovém vývoji nebyl mezi skupinami zaznamenán rozdíl. (Amant et al., 2015, s. 1824-1834)

### 3.5 Následná reprodukce

Následná reprodukce může být ovlivněna chemoterapií a radioterapií. Až u 50-70% pacientek, léčených pomocí chemoterapie, dojde k předčasnému selhání vaječnicků, což vede k následné neplodnosti. Proto se často zvažují možnosti zachování fertility před zahájením samotné terapie. (Rokyta a Šubrtová, 2001, s. 683)

Obecně je doporučováno otěhotnět až po uplynutí dvou let od ukončené úspěšné terapie. Například pro karcinom prsu platí, že následná gravidita prognózu nezhoršuje, ale naopak je prospěšná, co se týká recidivy onemocnění a rizika úmrtí, které se otěhotněním snižuje až o 42%. (Tesařová, 2016, s. 21)



## 4 VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ

Nejčastějším zhoubným nádorem vyskytujícím se v průběhu těhotenství je karcinom děložního hrdla. Následujícím, co se týká četnosti, je karcinom prsu, o kterém je dostupných nejvíce informací, proto je podrobněji popsán v nadcházející podkapitole. Dále je pozornost věnována synoviálnímu sarkomu, což je nádorové onemocnění, které bylo diagnostikováno participantce, jejíž příběh je součástí výzkumu praktické části této bakalářské práce.

### 4.1 Karcinom prsu

Za karcinom prsu v graviditě je považován nádor vyskytující se během těhotenství a v období jednoho roku po porodu. Je jedním z nejčastějších typů maligních onemocnění v průběhu gravidity s incidencí 1 : 3 000. (Roztočil, 2015, s. 197) Hlavním důvodem tak častého výskytu je odkládání těhotenství do vyššího věku, kdy je riziko vzniku karcinomu vyšší. Z důvodu fyziologických změn prsou je diagnostika obtížná a často je opožděna, což vede k pozitivnímu nálezu v okolních lymfatických uzlinách. Prognóza pacientek je v tomto případě nepříznivá. (Rokyta a Šubrtová, 2001, s. 688)

Nejčastěji je nádor objeven samovyšetřením pacientky, kdy si nahmatá bulku. Dalšími projevy mohou být otok a změny na kůži, bolestivost nebo sekrece z bradavky. Pro diagnostiku slouží palpce uzlin, UZ, MRI a především mamografie, ale rozhodující je až bioptické vyšetření vzorku nejčastěji v lokální anestezii. (Ondračková, 2013, s. 28) Základem terapie je chirurgický zákrok, kdy je většinou v I. trimestru prováděna modifikovaná mastektomie<sup>4</sup>, ve II. a III. trimestru je snaha o zachování prsu. Pokud dojde k radikální mastektomii<sup>5</sup>, modelace prsu je možná až po porodu. Chemoterapie se využívá v případě, že je nádor větší než 2 cm a jsou zasaženy lymfatické uzliny. Pokud byla nutná i mastektomie, s podáváním cytostatik je vhodné počkat až po uplynutí šesti týdnů. (Strašilová, Procházka a Pilka, 2014, s. 518-519) Léčba nádoru, který je diagnostikován v období jednoho roku po porodu, je totožná jako u žen netěhotných s nádorem prsu.

---

<sup>4</sup> Modifikovaná mastektomie představuje odstranění celého prsu s disekcí axilárních uzlin. (Coufal, Fait a kolektiv, 2011, s. 222)

<sup>5</sup> Radikální mastektomie představuje odstranění celého prsu, axilárních uzlin a pektorálních svalů (Coufal, Fait a kolektiv, 2011, s. 121)

Pokud pacientka stále kojí, je nutno před zahájením terapie přestat. (Kubánková a Abrahamková, 2014, s. 60)

Prognóza karcinomu není samotným těhotenstvím ovlivněna. Při srovnávání žen těhotných a netěhotných stejné věkové kategorie s nádorovým onemocněním prsu, nebyly zaznamenány žádné rozdíly v šíření nádoru nebo recidivě, ani v celkovém přežití pacientek. (Tesařová, 2016, s. 20)

## 4.2 Synoviální sarkom

*„Synoviální sarkom je maligní mesenchymální novotvar, který se obvykle vyskytuje v končetinách dospělých.“* (Saif, 2008, s. 123)

Diagnóza nádoru měkkých tkání není častá, v ČR činí asi 0,7% ze všech maligních onemocnění. Sarkom se může projevit zduřením nebo hmatnou bulkou, nejčastěji v okolí velkých kloubů, ve svalech, ale i v podkoží v kterékoliv části těla. (Adámková Krákorová, 2006) Vzhledem k minimálnímu výskytu tohoto onemocnění je vhodné zahájit léčbu v onkologických centrech s týmem odborníků, kteří se s daným typem sarkomu již setkali. V průběhu těhotenství je týmová spolupráce a zkušenosti o to důležitější. Terapie se odvíjí od typu sarkomu. Je založena na operační metodě, kdy dojde k totálnímu odstranění sarkomu s lemem zdravé tkáně minimálně 1 cm, léčba je rychlá a efektivní. Rozsah operace se odvíjí od rozšíření nádoru, často je růst velmi rychlý. V mnoha případech je nutné využít chemoterapii nebo radioterapii. (Tomášek, 2015, s. 334-335)

V literatuře doposud není popsán případ synoviálního sarkomu spojeného s těhotenstvím.

## 5 ASPEKTY ŽIVOTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

V dnešní době se pacienti aktivně podílejí na celém procesu léčby. V 19. století byla diagnóza pacientům zatajována. Až v 70. letech 20. století, kdy byla naděje na přežití vyšší, započala spolupráce lékaře a pacienta. To vedlo k většímu zájmu o psychiku a kvalitu života onkologicky nemocných pacientů. (Cibula, Petruželka a kolektiv, 2009, s. 287-288)

Dochází k nečekanému ovlivnění celkové kvality života. Na tom, jak velké ovlivnění nastane, se podílí celkové zvládnutí natolik těžké situace. Nejdůležitější součástí terapie je podpora, kterou lze nemocné osobě poskytnout především samotnou přítomností a nasloucháním, čímž lze následky onemocnění alespoň, co se týká psychické stránky, zmírnit. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 29-30)

### 5.1 Biopsychosociální aspekty onkologického onemocnění

Biopsychosociální paradigma považuje člověka za celek. Ve zdraví i nemoci je nahlíženo na všechny roviny osobnosti, tedy biologickou, psychickou, sociální i spirituální. (Tschuschke, 2004, s. 11) Celkové zhodnocení zdravotního stavu pacienta by mělo zahrnovat všechny tyto oblasti.

Prvním a zároveň jedním z nejnáročnějších momentů v období onkologického onemocnění je zjištění diagnózy. Člověk může být v pokročilém stádiu onemocnění, přitom bez projevu objektivních příznaků, proto může být nově vzniklá situace naprosto nečekaná, což činí nádorové onemocnění velmi záluďné. (Dostálová, 2016, s. 48) Po sdělení se hlavou nově diagnostikovaných onkologických pacientů promítá spousta otázek, na které nenacházejí odpovědi. Reakce na novou skutečnost probíhá v několika fázích. Nejpoužívanější dělení pochází od americké lékařky Elizabeth Küblerové-Rossovové z 60. let 20. století. Skládá se z pěti fází, které na sebe mohou navazovat, tak jak je dále uvedeno, nebo je jejich pořadí různé, některé mohou chybět nebo se opakovat. Fáze doprovázející vyrovnání se se sdělením onkologické diagnózy:

- **Šok** je doprovázen pláčem, obavami, úzkostí a především odmítáním nemoci, pacient se uzavírá. Tento stav může trvat i několik dní.
- **Hněv a agrese** zahrnuje podrážděnost, obtížnou komunikaci, otázky „Proč já? Proč právě teď?“.
- **Smlouvání** s nemocí. Pacient se domnívá, že lékař nestanovil diagnózu správně.

- **Deprese** a obavy ze smrti, samoty a především bolesti. Pro psychiku pacienta představuje velmi náročné období, které často vyžaduje pomoc jiné osoby.
- **Smíření** se s nemocí. Pacient svou nemoc přijal a chápe nevyhnutelnost léčby, v krajním případě chápe nevyhnutelnost smrti. Často je nutná podpora rodinných příslušníků pacienta. (Tomášek, 2015, s. 130-132)

K dosažení optimálního průběhu nemoci napomáhá obor psychoonkologie<sup>6</sup>. Celkový psychický stav se odráží na úspěchu terapie a chování nádorového onemocnění. Žena je v průběhu těhotenství pod vlivem hormonů, o to více je prožívání nemoci náročné, a tak se stává psychicky mnohem více labilní. Vyrovnání se s nemocí může trvat déle a bez psychologické pomoci se často neobejde. Lze se účastnit mnoha psychoterapeutických intervencí, buďto individuální, nebo skupinové terapie. Je samozřejmé, že k prožívání natolik těžké životní situace negativní projevy patří, nesmí se ale rozvinout v poruchy (např. poruchy spánku, dlouhotrvající deprese) a nesmí se ani potlačovat. (Cibula, Petruželka a kolektiv, 2009, s. 287-290)

Důležitá je podpora druhé osoby, která má na nemocného pozitivní vliv. Je důležité, aby se pacient nevzdával svých životních rolí, nejen v rodině, ale i v kruhu přátel nebo v zaměstnání. Sociální opora by neměla být podceňována. Pacient očekává udržení kontaktu a přátelství, často ale nastane opak. Okolí nedokáže porozumět situaci nemocného a začínají se mu stranit. (Tschuschke, 2004, s. 107)

## 5.2 Kvalita života s onkologickým onemocněním

Kvalita života je neměřitelná a pro každého jedince tento pojem znamená něco jiného. Jedinou možností, jak kvalitu života hodnotit, je porovnávat životy různých lidí s významem kladeným na to, co je pro ně důležité. Kvalita života nemá jasně stanovenou definici, je to velmi komplexní pojem a proto není jasně daná pouze jedna z nich. Dle Slováčka (2005, s. 180) vychází kvalita života z koncepčního modelu daného čtyřmi doménami plnohodnotného života jedince, mezi které patří tělesný stav, psychický stav, sociální stav a spirituální aspekty. Jsou-li životní podmínky v normě, člověk nachází pocit

---

<sup>6</sup> „Psychoonkologie je interdisciplinárním oborem, jenž se nalézá v průniku psychologie, psychoterapie a onkologie.“ (Tschuschke, 2004, s. 11)

šťěstí a není omezen v aktivitách, lze hovořit o uspokojivé kvalitě života. Pociťuje-li člověk jistou nepohodu, omezení aktivit nebo bolest, kvalita zajisté uspokojivá není.

Důležitou roli hraje vlastní životní zkušenost. Faktory přispívající k životní kvalitě jsou rozděleny na objektivní a subjektivní. Objektivní zahrnují materiální, zdravotní, ekonomické a sociální podmínky. Subjektivní zahrnují celkovou spokojenost se životem v rámci splněných cílů, životního stylu a zájmů. (Gurková, 2011, s. 39)

V ošetrovatelství se setkáváme s lidmi ve specifické životní situaci, co se týká jejich zdravotního stavu. Není-li uspokojena primární nebo sekundární potřeba, dojde k ovlivnění jejich kvality života. V případě onemocnění sledujeme jaký má dopad na celkový stav pacienta a jeho životní spokojenost. (Gurková, 2011, s. 25-26) O tom, že zdraví ovlivňuje kvalitu života ze všeho nejvíce, vypovídá i definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO): *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení. Zdraví je hodnota, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Týká se celého člověka a jeho prostředí.“*

Rakovina je nejobávanější lékařskou diagnózou. Onkologické onemocnění mění všechny okolnosti života, je na celkovou kvalitu pohlíženo jinak, než u zdravého jedince. Ke změnám může docházet v krátkém časovém období, mění se nejen pacient, ale i jeho okolí. Náročné je zejména vypořádání se s léčbou. U žen v této fázi dochází ke ztrátě vlasů, pokud podstupují chemoterapii, což pro mnohé představuje největší psychickou zátěž během celé terapie. To vše vyvolává pocity zoufalství, protože člověk ztrácí kontrolu nad svým vlastním životem. V případě těhotenství i nad životem druhým. (Kalvodová a kol., 2010, s. 576)

Zásah do psychického a sociálního života je velký. Bohužel se týká i oblasti ekonomické, kdy léčba může být velmi nákladná a pacient se tak dostává do ještě složitější situace. Finanční zabezpečení je pro kvalitu života důležité a pracovní neschopnost je ve většině případů dlouhodobá, často se stává, že pacient o zaměstnání přijde. Tím se stává situace ještě náročnější. (Tschuschke, 2004, s. 13-14)

Dochází k ovlivnění partnerského vztahu. Od partnera pacientky se očekává, že bude oporou a jedinou jistotou v tak nejisté době. Tím je postaven do nelehké pozice. Nikdo není na tak zásadní změny připraven a bohužel často dochází k nedorozumění. Což má vliv i na sexualitu. Celý proces léčby je velmi náročný, častým důsledkem je vytrácení sexuální touhy v souvislosti s únavou, depresemi, úzkostmi, bolestí, někdy

také fyzickým omezením a často ztíženou komunikací s protějškem. Nejčastějším problémem je porucha vzrušivosti a orgasmu. Nízké procento onkologicky nemocných pacientů to považuje v danou chvíli za důležité a svůj problém s lékaři neřeší, to často vede k rozpadu vztahu. (Záhumenský, 2012, s. 173-174)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODIKA PRÁCE

Tato kapitola obsahuje obecné informace o praktické části bakalářské práce zahrnující popis samotné metodiky narativního rozhovoru, který byl pro tuto práci zvolen, stanovení cíle, charakteristiku participantky, organizaci výzkumu a zpracování dat.

### 6.1 Cíl práce

Cílem výzkumu je porozumění životní zkušenosti a prožívání ženy s onkologickým onemocněním diagnostikovaným v průběhu těhotenství.

Hlavní výzkumná otázka zní:

***Jak onkologické onemocnění ovlivňuje aspekty života  
v průběhu těhotenství a v poporodním období?***

### 6.2 Metodika výzkumu

Pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Jelikož je cílem práce popsat životní příběh ženy s onkologickým onemocněním v těhotenství, je tak nutné zachytit pohled participantky na prožitou situaci a její vzpomínky, proto byl výzkum veden metodou narativního rozhovoru.

Narativní rozhovor je specifická podoba volného nestrukturovaného rozhovoru. Participantka je vybídnutá, aby volně vyprávěla svůj příběh na dané téma. Je tak umožněno dát najevo své emoce a pocity, tak jak byly nejdůležitější nebo nejintenzivnější, k čemuž by při cíleném dotazování nedošlo. Rozhovor se skládá ze čtyř fází, kterými jsou stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nesrovnalostí a na závěr zobecňující otázky. (Hendl, 2005, s. 176) Používá se nejčastěji v biografickém výzkumu. Tazatel by neměl zbytečně vyprávění přerušovat. Požadavkem je, aby se rozhovor stále držel tématu výzkumu a cílů. (Miovský, 2006, s. 158)

Proces získávání informací prostřednictvím rozhovoru má své etapy. Dle Ferjenčíka (2000, s. 179- 182) se jedná o etapu přípravnou, etapu úvodní, dále o samotné jádro rozhovoru, závěr rozhovoru a posledním krokem je vyhodnocení rozhovoru.



### 6.3 Charakteristika participantky

V přípravné etapě byla pro výzkum zvolena participantka Jana R., která si během nejkrásnějšího období ženy, tedy těhotenství, prožila zároveň jednu z nejnáročnějších situací, kterou bylo onkologické onemocnění. A tak v průběhu svého prvního těhotenství musela bojovat se zákeřnou nemocí.

Participantka otěhotněla ve svých 22 letech. Již z počátku ji provázely potíže, bylo zde podezření na mimoděložní těhotenství, které se nakonec nepotvrdilo. Byla na sebe velmi opatrná, až přespříliš. Těhotenství probíhalo do pátého měsíce fyziologicky, poté jí byla ve 20. týdnu diagnostikována rakovina ve druhém stádiu. Jednalo se o synoviální sarkom, tedy nádor měkké tkáně, v oblasti třísla, který je poměrně vzácný, objevující se většinou u starších osob.

A tak bojovala nejen o svůj život, ale také o život svého dítěte. Musela podstoupit operaci a chemoterapii ještě v průběhu těhotenství, nevyhnula se předčasnému porodu a ani radioterapii po uplynutí šestinedělí, kdy musela trávit hodiny a hodiny na cestách a v nemocnici a zvládnout tak odloučení od své novorozené dcery. V současné době je participantka téměř druhým rokem v remisi.

### 6.4 Organizace výzkumu

Participantka byla vybrána již na konci prvního ročníku studia, a to na základě jejího osobního blogu, na kterém tehdy psala o svém prožívání těhotenství a onkologického onemocnění. Tato problematika nás zaujala natolik, že jsme chtěli zjistit více a nakonec si ji zvolili jako téma bakalářské práce. Nejdříve jsme ji oslovili, zda by vůbec byla ochotná se o svůj příběh s námi podělit. Byla velmi milá a svolila ke spolupráci. Byli jsme s ní stále v kontaktu a samotný rozhovor proběhl až v letošním roce 14. února. Nejdříve byla důkladně prostudována problematika malignit v těhotenství, poté přečtena kniha, kterou sama participantka napsala, a až poté jsme byli na rozhovor zcela připraveni.

Nastala úvodní etapa rozhovoru. Nejdříve byl získán písemný souhlas k využití získaných informací pro účely praktické části, který je k nahlédnutí u autora této práce. Poté bylo domluveno osobní setkání, které proběhlo u participantky doma, kde nás při rozhovoru nic nerušilo. Před samotným zahájením rozhovoru byl srozumitelně vysvětlen cíl a smysl našeho rozhovoru. Nejdříve jsme se spolu seznámili, snažili jsme se získat vzájemnou důvěru a postupně jsme se přibližovali k danému tématu. Participantka byla seznámena

s metodou narativního rozhovoru. Ponechali jsme na ní, kterou událostí chce začít svůj životní příběh vyprávět, a dále již do hovoru nevstupovali. Tento přístup jí vyhovoval a dokázala plynule vyprávět, nebylo nutné pokládat doplňující otázky. K celému vyprávění stačilo pouze jedno setkání, které trvalo téměř tři hodiny.

## 6.5 Zpracování dat

Samotný rozhovor týkající se dané problematiky byl nahráván na mobilní telefon, zvuková stopa měla 90 minut. Vše bylo doslovně přepsáno do písemné formy v počítači. Rozhovor nebyl nijak upravován, aby byla zachována autentičnost vyprávění. Přepis začíná samotným vyprávěním participantky a končí v momentě, kdy již nemá k tématu co dodat. Přepsaný rozhovor je k nahlédnutí u autora této práce.

Po dokončení přepisu rozhovoru byl text nejprve upraven, byl ponechán dostatek místa pro poznámky. Text byl dále pročitán bez specifického zaměření na konkrétní aspekty, byla tak vytvořena celková představa o příběhu. Následoval proces analýzy pomocí kategoriálně-formálního modelu. Došlo tak k odhalení skrytých významů a vztahů ve vyprávění. Jednotlivé části, které splňovaly kritéria šetření, byly zařazeny do kategorií, které byly vytvořeny na základě vyprávění příběhu v chronologickém pořadí. Byly stanoveny následující tři základní kategorie:

- *období těhotenství před stanovením diagnózy,*
- *období těhotenství od stanovení diagnózy do porodu,*
- *období po porodu.*

Na samotné zpracování byl ponechán dostatek času, aby text mohl být na čas odložen. Byl získán nadhled a objevovali se tak nové souvislosti a informace. Pozorované jevy v textu byly postupně kódovány a poté chronologicky poskládány na základě dříve stanovených kategorií.

## 7 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU

V této kapitole jsou vyhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu, které jsou členěny do třech kategorií. Informace byly zjišťovány prostřednictvím narativního rozhovoru. Zaměřili jsme se na příběh jako celek, tedy nejen na obsah vyprávění, ale také na jeho formu. Hlavní zápletkou je onkologické onemocnění, které provází celé vyprávění.

Aby byl splněn cíl práce, kterým je porozumět životní zkušenosti a prožívání ženy s onkologickým onemocněním diagnostikovaným v průběhu těhotenství, byl využit hermeneuticko-narativní přístup. V tomto přístupu, dle Čermáka (2002, s. 4), výzkumník usiluje o pochopení životní zkušenosti jedince. Prostředkem je příběh daného jedince, jedná se tedy o rekonstrukci životního příběhu.

### 7.1 Období těhotenství před stanovením diagnózy

Samotný počátek těhotenství nebyl pro participantku zcela jednoduchý. Dítě si velmi přála, ale těhotenský test a ani lékaři těhotenství nejdříve nepotvrdili. Nevlnost a únava přetrvávaly, hCG test byl sice pozitivní, ale plod v děloze na ultrazvuku vidět nebyl. To vyvolalo podezření na mimoděložní těhotenství. Participantka musela být poprvé hospitalizovaná, kdy po několika dnech a vyšetřeních jí bylo těhotenství potvrzeno, a tak si mohla začít užívat období nastávající matky.

Participantka na sebe byla, vzhledem k počáteční nejistotě, velmi opatrná. *„Jsem byla taková ta přecitlivělá strašná prvorodička. Byla jsem takhle přecitlivělá a bála se, že se něco stane, až se teda nakonec stalo to úplně nejhorší.“* Na podzim roku 2016, kdy těhotenství dosáhlo již 20. týdne, si na noze nahmatala bouli, kterou přisuzovala otokům, které se v tuto dobu začínají objevovat. Bylo jí sice zvláštní, že se otok objevil pouze na jedné noze, ale nevěnovala tomu pozornost. Když se boule začala zvětšovat, znepokojilo ji to, ale na nadcházející kontrole u gynekologa si tuto informaci ponechala pro sebe. Později toho litovala, *„...kdybych to řekla už dřív, tak mnohem dřív se to začalo léčit...“*.

Když začala být noha velmi bolestivá, boule se rychle zvětšovala a participantka začala pokulhávat, již neváhala a byla odhodlaná o všem říct svému gynekologovi. Když přišla na kontrolu, nemusela nic říkat, lékař si boule sám ihned všiml a odeslal ji na chirurgii. Tím začal jeden velký kolotoč vyšetření. Nikdo nevěděl, s čím se to vlastně potýká a o co se jedná. Proto byla nutná vyšetření několika odborníky, která byla velmi nepříjem-

ná. „*Si mě furt přehazovali jak horkej brambor. Říkala jsem si, co se to jako se mnou děje, ale furt jsem to nebrala jako nějak vážně.*“

Po několika vyšetřeních hrozilo ukončení těhotenství „...protože ono to vlastně bylo v tříslé, tak by to jako už pomalinku zasahovalo i do toho plodu. Řekli, že kdyby to bylo nějak extra, tak bych musela okamžitě ukončit těhotenství. No tak to jsem řekla jako, že ani náhodou prostě, že ať mi tu nohu radši uřežou, ale že toto absolutně nechci slyšet.“ Následovala další vyšetření, včetně odběru vzorku na histologii. Vyšetření plodu bylo v pořádku, útvar v tříslé jej nijak neohrožoval, a tak mohlo těhotenství pokračovat dále. Čekání na výsledky histologie trvalo několik dní, to bylo psychicky velmi náročné. Na chirurgii však rozhodli, že bude nejlepší útvar vyoperovat ihned, a tak nastaly přípravy na operaci. Participantka si začala zjišťovat, jestli operace opravdu dítěti neublíží, jestli se opravdu nemá čeho bát. Nakonec k operaci vůbec nedošlo, hospitalizace a stres s ní spojený byl naprosto zbytečný, bez výsledků z histologie operace nemohla být zahájena.

Její fyzický stav se ale postupně zhoršoval. „*Vůbec jsem teda nevěděla co se mnou, takže jsem čtrnáct dní chodila jako pomalu o berlích, protože ta noha mě strašně bolela, to bylo hrozný. Jsem se v noci vzbudila a měla jsem tam takový jako kdyby bodance v celé noze, že jsem nemohla ani spát a brečela jsem bolestí.*“ Později jí bylo sděleno, že se jedná o tumor, ale stále není jisté, zda je zhoubný nebo nezhoubný. Nejdříve tuto informaci nebrala zcela vážně, dokud nezačala vyhledávat informace na internetu a nezjistila, co to může znamenat. „*Tak já jsem začala panikařit, já jsem začala řvát, začala jsem brečet.*“ takto popisuje své první pocity. Následovalo vyšetření magnetickou rezonancí, které chtěla nejdříve ze strachu odmítnout. „...*díky Bohu, že jsem to neodmítla, protože kdybych to vyšetření odmítla, tak jako už tady asi bohužel nejsem.*“

Celý proces stanovení diagnózy byl velmi dlouhý, to bylo ze všeho nejtěžší. Nejen pro participantku samotnou, protože její stav se nadále zhoršoval, ale také pro jejího přítele a rodinu. Po několika týdnech se stále čekalo na výsledky histologie a nyní i na výsledky magnetické rezonance. Ortopedové z Olomouce slíbili, že jakmile obdrží výsledky, ještě ten den ji kontaktují. A přesně tak se stalo. „*J sme seděli v té restauraci, ted'ka jíme, úplně v pohodě a z ničeho nic mi začal zvonit telefon s neznámým číslem, tak říkám, no to je v háji. No tak už jsem, tak už se mi chtělo úplně brečet, měla jsem slzy v očích a říkám, no tak to je v háji. Protože oni říkali vlastně, že pokud to bude vážný, tak se mi ještě ten den ozvou. Tak jsem šla na záchod a tam se mi doktor jako představil*

*a říká, no jako paní R., mám tady teďka před sebou na počítači vaše výsledky a není to teda vůbec dobrý, zatím co vám teda můžu říct, že vám hrozí předčasný porod a operace. To mi takhle řekl do telefonu, tak jsem říkala, co to jako teda, co to jako v té noze mám. Tak mi řekl, že si teda není ještě na sto procent jistej, že zítra v sedm ráno mě objednává na další magnetickou rezonanci a hnedka na deset hodin mám přijít k němu do ordinace, že už mi tam teda řekne kompletní výsledky.“* Takto popisuje moment zjištění prvotní diagnózy.

Těhotenství už bylo v pokročilém stádiu. Participantka byla velmi unavená, břicho se zvětšovalo a do toho stále pociťovala bolest v oblasti třísla, kvůli které měla omezenou pohyblivost. Kontroly byly mnohem náročnější. I z toho důvodu, že participantka nevlastnila auto a všude musela chodit pěšky, cestovat vlakem nebo se spoléhat na své rodiče, kteří jí byli velkou oporou.

## **7.2 Období těhotenství od stanovení diagnózy do porodu**

Den oznámení diagnózy participantka nazvala osudovým dnem, který byl velmi zdlouhavý. Bylo nutné opět podstoupit magnetickou rezonanci, mnoho dalších vyšetření a neobešlo se to ani bez několika hodin čekání v čekárnách, které pro ni i přítele byly velmi náročné a unavující. Když byly konečně všechny výsledky hotovy, nastalo sdělení diagnózy, které popisuje následovně: *„Mě teda v deset zavolali, přítel šel teda se mnou. Do té ordinace jsme přišli takoví úplně, víš jako vysmátí, říkali jsme si, že to bude nějaká kravina, prostě bude to nezhoubný jako, proč mně by se mělo dít něco špatného. No a byl tam ten pan doktor, se kterým jsem mluvila po telefonu, další tři doktoři a sestřička a netvářili se teda vůbec hezky. Tak teda řekli, ať se posadíme, no a ten doktor byl takovej docela drsnej, to jsem vychytala docela blbě teda. Takže ten se na mě jako otočil a ukazoval mi obrazovku, jako ten snímek a hned začal kroužit prstem a říkal mi, že mu je to líto, ale že magnetická rezonance potvrdila nádor ve druhém stádiu, že to je rakovina.“* V této části rozhovoru se participantka omluvila, že pro ni bude těžké o těchto vzpomínkách mluvit, přesto o všem dokázala velmi statečně vyprávět a ubránila se slzám.

Po vyslovení slova „rakovina“ se snažila vnímat všechny informace, které jí lékař sděloval. Zhoubný nádor ve druhém stádiu, nutnost operace a chemoterapie, po které bude následovat předčasný porod a poté ozařování. Nejsilnější pocit popisuje při zjištění, že se nelze vyhnout chemoterapii. Vyděsilo ji, že přijde o vlasy a každý pozná, že je nemocná.

Propadla v neutišitelný pláč. „*Prostě to byl takový jako nový pocit breku, jako jak jsem vždycky prostě brečela, jako viš ty kraviny, tohle bylo úplně tak zoufalý. Potom začal mluvit o tom, co mě ještě všechno čeká, ale to už jsem skoro nevnímala, já už jsem prostě přestala brečet a jen jsem se dívala do jednoho místa a prostě úplně jako jsem nevnímala, prostě úplně mimo, udělal se mi v životě takový velký stop a vůbec nic jsem nevnímala.*“ Jediné na co se později zmohla, byla otázka, zda může zemřít. Lékař ji naprosto chladným způsobem oznámil, že ano. V pláč již nepropadla, myslela jen na své dítě. Čekala jeden nový život, nemůže přece právě teď přijít o ten svůj.

Po vyslechnutí diagnózy se s přítelem vydala na cestu domů, najednou vše okolo sebe vnímala jiným, novým způsobem. Nepropadala v pláč, ihned věděla, že chce bojovat a odmítala upadnout do deprese. Nejdříve vše musela zpracovat o samotě. První, komu svou diagnózu oznámila, byla její babička, která byla onkologickým pacientem. Svůj boj vyhrála, rozuměla tomu, co právě teď její vnučka prožívá a byla připravena ji podpořit. Poté se svěřila svým kamarádkám, nechtěla pocíťovat žádnou lítost, pouze získat jejich podporu. Jako nejtěžší okamžik popisuje sdělení své diagnózy rodičům. Neuměla si představit, jak svým vlastním rodičům oznámí, že možná umírá. Co nejcitlivěji jim vše řekla, opět je prosila, aby před ní nedávali najevo lítost. Byla přesvědčena, že vše zvládne a potřebovala pouze podporu svého okolí.

Onkologické onemocnění a jeho terapii komplikovalo těhotenství, nebylo možné postupovat dle zvyklostí. Vzhledem k tomu, že se nádor stále zvětšoval, bylo nutné jej co nejdříve vyoperovat. Participantka byla ve 24. týdnu těhotenství, když lékaři rozhodovali, zda bude provedena nejdříve operace nebo chemoterapie. Jak bude terapie probíhat, ponechali nejprve na ní, a tak stála před nejtěžším rozhodnutím svého života. Zda zachránit sebe nebo své dítě. V případě operace by byl nádor odstraněn, a tak by se zvýšila šance na její přežití, ale hrozil by předčasný porod a nejistota, zda jej zvládne dítě. Chemoterapie by zastavila šíření nádorového onemocnění, ale nebyla by tak účinná jako operace. Plod by ji ale snášel lépe a těhotenství by s největší pravděpodobností bylo udržitelné po delší dobu. Okolí ji přesvědčovalo, ať myslí hlavně na sebe, že děti bude moct mít v budoucnu další, teď se musí především uzdravit. To ale nechtěla v žádném případě slyšet, chtěla vybojovat život nejen svůj, ale i svého dítěte.

Probíhaly další kontroly, nikdo nevěděl co dál. Čas jako by se zastavil a začal se dostávat obrovský strach, nejen z toho, co bude dál, ale také ze smrti. „*Usínáš s tím pocitem, že teďka jdeš spát a prostě umíráš. Prostě ty umíráš a teďka musíš týden čekat, než se dok-*

*toři rozhodnou, potom Bůh ví, jak dlouho musíš čekat, než se začne prostě něco dít. Prostě já jsem říkala, že na tu operaci nebo na tu chemoterapie bych šla prostě nejradši hnedka jako po probuzení, aby už začali něco dělat, protože jako nikdy prostě nevíš, kdy ti ten čas dobjí. A teďka už jsem se jako i bála, co když jako usnu a už se neprobudím, jo prostě, hrozný prostě.“*

Onkologové z Olomouce si s tímto případem stále nevěděli rady, proto participantku nechali na týden hospitalizovat na oddělení onkologie, kde prodělala další vyšetření. Zde bylo psychicky velmi náročné sledovat nemocné pacienty, kteří podstupovali chemoterapii, když bylo jisté, že tento stav ji samotnou také brzy čeká. Po týdnu hospitalizace bylo konečně jasno, nejdříve je nutné provést operaci. Sdělení lékaře o tom, že nádor je léčitelný, jí dodal spoustu energie k dalšímu boji. Zároveň ale nebylo jisté, kam až nádor zasahuje. V případě že by to bylo až do kosti, musela by se zvažovat amputace nohy. Nejdříve byla odhodlaná, že to zvládne i v případě, že k tomu dojde, hlavně že nepřijde o život. Později si neuměla představit, jak by měla fungovat bez nohy jako matka. Operace proběhla o týden později v Brně Bohunicích, kde mají s touto problematikou větší zkušenosti a jsou vysoce vybaveni pro předčasně narozené děti. Účastnil se jí i gynekolog, který po celou dobu monitoroval ozvy plodu a byl připraven zasáhnout v případě nutnosti. Ona si ale možnost předčasného porodu nepřipouštěla. „...*jak jsem se doma balila, tak jsem si řekla jako že ne, jako bylo by to sice hezký být už teďka mámou, ale že si to prostě nepřipustím a nebrala jsem s sebou ani žádný věci. Víš, jako kdyby se tam narodila, nebrala jsem vůbec nic, protože vím, že bych to tím akorát mohla přivolat.“*

Ze samotné operace participantka strach neměla, měla strach pouze o své dítě. Po operaci, která trvala více než 4 hodiny, se po převozu na ARO probouzela s pocity zmatenosti. Když se dostala zpět do reality, ihned si sahala na břicho a při zjištění, že je dítě stále její součástí, pocítila obrovské štěstí a radost, že vše společně zvládly. Popisuje pocit úlevy a hlavně to považuje jako své malé vítězství. Vzhledem k těhotenství nebylo možné podávat silné analgetika jako je zvykem, proto po dobu několika dní pociťovala silné bolesti. Po operaci necítila pohyby, to jí zneklidňovalo mnohem více. Její obavy po kontrolním ultrazvuku rychle vymizely. Tento stav přisuzujeme působení analgezie, která byla při operaci použita.

Začalo fyzicky velmi náročné období. Po operaci bylo nutné více než měsíc chodit o berlích. Léčba byla ale stále téměř na začátku. Dalším krokem byla chemoterapie,

na kterou se participantka musela připravit především psychicky. Kvůli těhotenství byla chemoterapie šetrnější, díky speciální dávce pro těhotné a ujištění onkoložky, která se o ni starala, neměla nyní strach ani o sebe, ani o své dítě. Nyní měla největší obavy ze ztráty vlasů. Díky jisté šetrnosti si myslela, že o vlasy nepříjde, alespoň v to doufala. Bylo jí jasné, že v tuto chvíli je nejdůležitější se uzdravit, že ztráta vlasů je to nejmenší, ale věděla, jaká to bude rána pro její psychiku. A přesně tak tomu bylo. V momentě, kdy jí její ošetřující lékařka dala poukaz na paruku se slovy, že má sebe i své okolí připravit na to, že přijde během dvou až tří týdnů o všechny vlasy, se dostala do stejného stavu zoufalosti a neutišitelného pláče, jako při sdělení samotné diagnózy. Tuto situaci popisuje následovně: *„Jsem prostě tak strašně zoufalá, že prostě už ta diagnóza je tak krutá a prostě tady toto prostě je jako ještě krutější. Protože vlastně do té chemoterapie to okolí nevědělo, věděla to vlastně jen rodina, vědělo to asi pět kamarádek, jenom takový ty nejlepší, ale jinak to nevěděl snad nikdo. Já jsem se prostě za to styděla, já jsem, nevím prostě, nebyla jsem na to jakoby připravená, aby to vědělo okolí.“* Nebyla ale jiná možnost, a tak byla chemoterapie zahájena. Každá dávka byla časově velmi náročná a pro těhotnou ženu mnohem víc vyčerpávající. Fyzicky zvládala první i druhou dávku bez potíží, dostavily se mírné nevolnosti, ale jinak je snášela velmi dobře.

Po několika dnech jí začaly pomalu vypadávat vlasy a pokožka hlavy velmi svědila. Věděla, že se to, před čím jí její onkoložka varovala, blíží, ale díky tomu si uvědomovala, že chemoterapie funguje a ona se uzdravuje. Po třech týdnech již vlasy zůstávaly na polštářích, na podlaze, prostě všude. Když jí zůstal celý její dlouhý černý culík vlasů v ruce a jinak už to nešlo, rozhodla se pro velmi krátký sestřih, ve kterém si poté připadala jako muž. Bylo jí jasné, že je pouze dočasný, ale nebyla připravena být najednou úplně plešatá. Mohla využít poukaz na paruku, který dostala na onkologii, ale tato možnost pro ni nepřipadala v úvahu. *„Připadala jsem si ještě ubožejí s tou parukou než bez ní, takový prostě nepřírozený, nebyla jsem to vůbec já. Tak mi potom ta prodavačka řekla, ať si zkusím šátek. No a zkusila jsem si šátek, tak jsem se tam taky rozbřečela, protože jakmile jsem si nasadila ten šátek, tak jsem na sobě prostě poznala, jak jsem nemocná.“* Jedno osudové ráno, jak ho sama nazvala, již nebyla jiná možnost, na hlavě se objevovala místa bez vlasů. Přítel rozhodl, že už to tak dál nejde a zbytek vlasů musí jít pryč. *„Tak mě teda oholil, tak jsem samozřejmě začala zase strašně brečet a hned jak mě oholil, tak jsem utíkala do koupelny a říkala jsem, ať mě teďka nechá chvílku*



*samotnou, že si na sebe prostě, že se s tím prostě potřebuji ztotožnit první sama a potom až se mu ukázat. Tak jsem seděla na vaně asi půl hodiny, než jsem se odhodlala podívat. No a pak jsem řekla, že se tomu stejně nevyhnu, že tady stejně jen ztrácím čas, tak jsem se na sebe teda podívala. A jako začala jsem se smát.“* Participantka nebyla připravena chodit s plešatou hlavou, proto byla velmi ráda, že si přece jen šátek pořídila. I přesto, že v něm bylo horko a těhotenské návaly tomu nepřispívaly, cítila se v něm mnohem lépe a naučila se s ním na pár měsíců žít. Věděla, že nyní se o jejím onemocnění dozví celé okolí, a tak chtěla předejít všem nevlídným pohledům, a proto to nejdříve oznámila na svých sociálních sítích. Dlouho se musela odhodlávat, než se poprvé objevila mezi lidmi, všechny ty lítostivé pohledy a řeči jí byly velmi nepříjemné.

Následovaly ještě další dvě dávky chemoterapie, které opět zvládla bez větších potíží. Jelikož byl vypotřebován počet dávek, které je možné aplikovat v průběhu těhotenství, bylo nutné těhotenství ukončit dříve, aby bylo možné v terapii opět pokračovat. Ve 36. týdně těhotenství nastala ta nejhezčí část, porod. Těhotenství, vzhledem k diagnóze, muselo být ukončeno císařským řezem. Následně jí nebylo umožněno ani kojit z důvodu aplikace cytostatik, což zpětně hodnotí takto: *„Přirozený porod a kojení, to je takové to, to nejlepší co tomu dítěti můžeš takhle ze startu dát a já z toho teďka nemůžu malé dát ani jedno. Ale dobrý, hlavně že to nějak zvládneme, hlavně že budeme obě v pořádku.“*

### 7.3 Období po porodu

Ihned po porodu měla participantka velké výčitky, když její dcera musela být několik dní v inkubátoru s kyslíkovou maskou, kvůli problémům s dýcháním. *„Takový ty výčitky, jestli jsem jí teďka tím nějak ublížila, že kvůli mě vlastně musela jít na svět jo a bude něco v nepořádku.“* Poporodní období bylo psychicky náročné. Oddělení od svého dítěte nesla velmi těžce. Pobyt na pokoji s matkami a jejich dětmi tomu vůbec nepřidal. Svou dceru viděla pouze pár vteřin po jejím narození, poté až druhý den, kdy se za ní vydala na JIP. *„Tak to byly taky takový ty emoce, kdy ji chytíš za ruku, sice přes tu bednu, ale přece jen ji držíš a tak jsem říkala, že jsem tady s ní, že jak ona teď byla celou dobu se mnou, tak teď tady prostě pro ni budu já a že to všechno zvládneme.“* popisuje pocity při prvním setkání se svou dcerou. Po několika dnech strávily společně ještě pár nocí v nemocnici a poté měly celé období šestinedělí jen pro sebe.

Celé šestinedělí bylo bez léčby. Bylo nutné podstoupit pouze kontrolu na onkologii v Brně, která byla v pořádku a nic tak nebránilo společným šesti týdnům, během kterých úplně zapoměla na to, že je vůbec nemocná a starala se jen o své novorozené dítě. Při vyprávění tohoto období participantka pouze zářila, považujeme to proto jako její nejkrásnější vzpomínku.

Hned po uplynutí šestinedělí následovala radioterapie a participantka si tak nemohla naplno užívat roli matky, jako ostatní ženy. To nesla velmi těžce. Celkem musela podstoupit 33 ozáření. Každý průběh ozařování byl naprosto totožný, pořad stejné místo, stejní lidé, stejný postup. Tato část léčby byla velmi komplikovaná. Radioterapie probíhala v Olomouci, kam musela pětkrát týdně dojíždět, kdy cesta vlakem zabrala téměř čtyři hodiny a přitom samotná terapie trvala pouze několik minut. Přítel pracoval ve směnném provozu, a tak bylo hlídání dcery problematické. Měla naštěstí velkou oporu ve svých rodičích, kteří jí se vším pomohli. Ani při této části léčby se nedalo vyhnout fyzickým změnám. Ty zahrnovaly změny na kůži v místě ozařování, tedy v třísele, kde byla kůže spálená a vyžadovala zvýšenou péči.

Po ukončení cyklu radioterapie byly naplánovány další dvě dávky chemoterapie, čímž měla být léčba ukončena. Před zahájením byl proveden poslední kontrolní ultrazvuk, který nedopadl dle očekávání. *„Jenomže, to bylo jako z bláta do louže, tam zase, to už jen podle těch jejich výrazů, jak dělají ten ultrazvuk, jak oni se zastaví, jak vidíš ten kamenný výraz, jak ti po tom jednom místě jezdí pořád dokola, tak už víš, že se jako něco děje.“* A bohužel dělo. Lékaři měli podezření na aktivitu uzlin v třísele, proto bylo nutné provést další operaci a uzliny odstranit. Další velká rána, další odloučení od dcery. Operace proběhla bez komplikací, a tak se po pár dnech participantka mohla vrátit domů, musela však chodit o berlích. Neuměla si představit, jak se s nimi bude starat o svou teprve tříměsíční dceru. Naštěstí na to nebyla sama, a tak vše zvládli. Po dlouhém týdnu čekání obdržela výsledky, které aktivitu uzlin nepotvrdily. Léčba byla doposud úspěšná.

Jako poslední krok k dokončení léčby byly podány již zmíněné poslední dvě dávky cytostatik. Bylo léto, tedy ne úplně příznivé počasí pro zvládání terapie a samotná dávka chemoterapie měla odlišné složení, než v těhotenství. Nebyla už tak šetrná, a proto ji již nesnášela tak dobře, jako dříve. Tento stav popisuje následovně: *„To po té chemoterapii, jak jsem vyšla z ordinace, jsem se už cítila jako úplně opilá, takový stav jaký vždycky uvádí pacienti, že se cítí, jako kdyby byli po té největší*

*kocovině. Zvracela jsem, já jsem nemohla ani pět dní vstát. Nebyla jsem schopná vůbec fungovat, jenom jsem brečela, furt se mi točila hlava, bylo mi blbě.“* Nejen, že nynější chemoterapii zvládala fyzicky mnohem hůř, bohužel ani psychika nezůstala bez další rány. Během pauzy mezi terapií jí opět dorostly vlasy, a tak měla již hlavu pokrytou jemnými vlasy, nabrala tak zpět své ztracené sebevědomí, o které ale musela znova přijít. I přesto vše byla léčba nyní mnohem snesitelnější. Neměla již takové obavy o dítě a měla mnohem větší motivaci bojovat, aby její dcera nezůstala bez matky.

Léčba byla 23. srpna 2017 úspěšně ukončena. Od této chvíle se participantka budí s úsměvem na rtech, děkuje za každé nové ráno a vynahrazuje své dceři každou chvíli, kterou nemohla být s ní. Je stále vedena jako onkologický pacient, musí stále jezdit na kontroly, které bude muset podstupovat po celý život. Dodnes je pro ni samotné slovo „rakovina“ jedním velkým strašákem. Z počátku jej nedokázala ani vyslovit. Nyní již ano, nechce totiž dávat najevo, že má z této zákeřné nemoci strach. Každá návštěva onkologie jí sice nahání husí kůži, ale je odhodlaná vždy odejít jako vítěz.

Přestala se obklopotovat negativními lidmi, přestala se zbytečně stresovat, užívá si každé chvíle svého života a plní si své sny. *„Už do všeho jdu jako naplno, protože jsem si vědoma toho, že nevím, kdy se ten můj domeček z karet sesype, takže využívám prostě všeho, co jde, abych pak zase někde tam na nemocničním pokoji nelitovala toho, co jsem mohla v životě udělat. Ta nemoc jako samozřejmě je strašné mínus, ale rakovina fakt nejen bere, ale fakt i strašně moc dává, opravdu. Tím bych to asi zakončila. Hodně mi rakovina vzala, ale i dala.“* těmito slovy byl zakončen náš rozhovor.

#### **7.4 Analýza rozhovoru**

Na základě analýzy rozhovoru se pokusíme zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která byla položena v úvodu výzkumné části. Jak onkologické onemocnění ovlivňuje aspekty života v průběhu těhotenství a v poporodním období?

Onkologické onemocnění je velká zátěž pro celé tělo člověka. Fyzický stav se může rychle zhoršovat, není-li včas zahájena léčba. Tím může dojít k omezení fungování v běžném životě. O to těžší je tuto situaci zvládat v těhotenství, které samo o sobě tělo ženy velmi ovlivní a změní. Co se týká psychické stránky, prožívání onkologického onemocnění

je pro každého pacienta zátěž a vyrovnání se s ním má dlouhodobý průběh. U těhotných žen je zvládání této situace ovlivněno hormonálními výkyvy a nepředstavitelným strachem o své dítě. Nyní nebojují jen o jeden život, ale rovnou o dva.

V průběhu těhotenství onkologické onemocnění ovlivňuje především psychické aspekty života ženy. Období těhotenství je pro každou ženu jedno z nejintenzivnějších období. Je to období, kdy se připravuje na příchod nového člena rodiny a místo toho tráví hodiny a hodiny v čekárnách a ordinacích a neví, zda bude mít vůbec příležitost své dítě donosit, poznat jej a postarat se o něj. Po porodu, v období šestinedělí, by žena měla plnit svou novou roli, roli matky, je ale často nucena být od svého novorozence odloučena z důvodu terapie. Další náročnou situací, se kterou je nutné se vyrovnat a ovlivní psychiku u ženy z největší části, je ztráta vlasů. Každý si řekne, že jsou to přece jen vlasy, které zase dorostou, je přece hlavní se uzdravit, ale pro ženu je tato ztráta nepředstavitelná. Zde hrál velkou roli blog, který si participantka založila, aby se ze svých pocitů vypsala. Byla to její forma terapie. Našla tak podporu a pochopení, které jí tolik pomohlo.

Ovlivnění aspektů života zahrnující fyzickou stránku člověka s onkologickým onemocněním se odvíjí od typu a stádia nádoru. Každé takové onemocnění je ale velmi unavující a stresující. V těhotenství o to více. Neovlivňuje jen tělo matky, ale také plodu, na který je nutno brát ohled, co se týká strategie léčby a celkového průběhu nemoci. Samotné nádorové onemocnění není těhotenstvím nijak ovlivněno, tedy nezhoršuje jeho prognózu. Těhotenství ale rakovinou ovlivněno je, a to z velké části. Nevolnost a únava se nedostavují pouze z důvodu těhotenství, ale také kvůli onemocnění. Participantka, která měla kvůli lokalizaci nádoru omezenou pohyblivost, musela navíc s rostoucím břichem chodit o berlích, což bylo velmi vyčerpávající.

Co se týká sociálních aspektů během onemocnění, hraje zde velkou roli okolí pacienta. Ať už se jedná o rodinu, partnera nebo kamarády, je důležité nezůstat sám. Těhotná žena sice není nikdy sama, má zde svůj hnací motor, své dítě, ale přesto potřebuje mít oporu svých blízkých. V průběhu takovéto situace se ve většině případů ukáže, kdo je opravdový přítel a přesně tak tomu bylo i u participantky. Její okruh přátel se zmenšil. Ale díky svému blogu poznala mnoho nových lidí, kteří si zažili stejně těžké období jako ona a dokázali jí být oporou.

První kategorie, období těhotenství před stanovením diagnózy, se vyznačuje nejtěžším momentem vyprávění, samotným sdělením diagnózy maligního onemocnění, kterému předchází zdlouhavý průběh vyšetřování. Již dle obsahového rozdělení kategorií je zcela jasné, že období těhotenství od stanovení diagnózy do porodu bylo nejnáročnější. Zde jsou hlavními uzly vyprávění zpracování sdělení diagnózy, oznámení diagnózy svým blízkým, hrozící předčasný porod, operace, chemoterapie, ztráta vlasů a ten nejsilnější moment na závěr, vlastní porod. Poslední kategorií je období po porodu, vyznačující se šťastným obdobím šestinedělí, po jeho skončení zahájením opětovné léčby zahrnující radioterapii, operaci a chemoterapii.

## 8 DISKUZE

V rámci bakalářské práce je předložen výzkum realizován za pomoci pouze jedné participantky, proto jeho výsledky nelze zobecnit na širší populaci žen trpících onkologickým onemocněním v těhotenství. Tato problematika není natolik obvyklá a především je velmi individuální. Poznatky slouží především k porozumění současného prožívání nemoci a těhotenství. Za limit této studie by se dala považovat velmi malá zkušenost s provedením narativního rozhovoru k výzkumným účelům. Bylo nutné prostudování odborné literatury a při rozhovoru být trpělivým a nezaujatým posluchačem.

Touto problematikou se doposud žádná bakalářská práce nezabývala. Praktickou část by bylo možné doplnit výzkumem mapujícím výskyt onkologického onemocnění v těhotenství, například v rámci diplomové práce.

Sdělení onkologické diagnózy je považováno za bod zlomu. Způsob sdělení může významně ovlivnit psychický stav, motivaci k léčbě a tím ovlivnit celkový stav pacienta. V teoretické části jsou zmíněny fáze doprovázející sdělení diagnózy, kterými je prvotní šok, hněv a agrese, smlouvání s nemocí, deprese a obavy ze smrti, samoty a především bolesti a poslední fází je smíření se s nemocí. Tímto způsobem popisuje svůj průběh sdělení i participantka poskytující rozhovor pro tuto práci.

Mezi základní možnosti léčby rakoviny patří chemoterapie, operační terapie a radioterapie. Participantka podstoupila každou z těchto možností a o své zkušenosti se v rozhovoru podělila. Chemoterapii je vhodné podávat po ukončení prvního trimestru a lze ji podávat pouze do 34. týdne těhotenství, kdy je vhodné dodržet rozestup 3 týdny od poslední dávky cytostatik a porodu. Tyto podmínky byly v tomto případě splněny. Provedení operační léčby v rozmezí 24. a 30. týdne těhotenství je považováno za nejrizikovější, co se týká předčasného porodu. Přesně z této komplikace měla participantka největší obavy. Je důležité, aby se operace účastnil perinatolog, který v jejím průběhu kontroluje stav plodu, i tato podmínka byla splněna. Jak je již zmíněno v teoretické části této práce, radioterapie je ve většině případů během těhotenství kontraindikována, hrozí teratogenní poškození plodu a její zahájení se odkládá do období po porodu. Z tohoto důvodu participantka zahájila svých 33 ozáření až po uplynutí období šestinedělí.

Za nejdůležitější faktor v boji s onkologickým onemocněním lze považovat rodinu, která poskytne nemocnému podporu. V případě naší participantky jí byla velkou emocio-

nální oporou právě její rodina, ale především její dcera, ať už z počátku v bříchu nebo později v její náruči.

Onemocnění představuje velký zásah do všech oblastí života. Přináší změnu dosavadního žebříčku hodnot. Jinak tomu nebylo ani u participantky, kdy si díky nemoci uvědomila pomíjivost života, a tak nyní využívá každé příležitosti, která se jí naskytne. Rodina je pro ni na prvním místě, roztřídila si svůj seznam přátel a obklopuje se lidmi, na které se může spolehnout.

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce je zmapován výskyt a prognóza malignit v období těhotenství. Jejich diagnostika je zprostředkována zobrazovacími metodami, které se využívají u všech pacientů, v případě gravidních žen je důležité nezanedbávat prenatální péči a tím umožnit brzké odhalení nemoci. Možnosti terapie jsou naprosto stejné jako u netěhotných pacientek, pouze jsou zde jistá omezení a podmínky, na které je nutno brát ohled a splňovat je, aby nedošlo k poškození plodu. Není opomenuta ani kvalita života s onkologickým onemocněním, kdy dochází k ovlivnění všech oblastí života.

Práce si kladla za cíl objasnit problematiku onkologického onemocnění v těhotenství a zjistit, jaký vliv má na jednotlivé oblasti života. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu metodou narativního rozhovoru jsme se seznámili s prožíváním tak náročné životní situace. Výzkumný soubor tvořila pouze jedna žena s diagnostikovaným synoviálním karcinomem druhého stádia. Řídila se svým heslem „*Kdo bojuje, vyhrává.*“ a přesně tak tomu bylo. Nevzdala se a svůj boj s nemocí vyhrála. A co víc, dokázala během něj přivést na svět nový život.

Velmi důležitou součástí léčby je psychická rovnováha, která je nutná ke zdárnému ukončení onemocnění. Nezbytné je mít podporu rodiny a přátel, neztrácet naději a vidět smysl a hodnoty života. V těhotenství jsou ženy ve většině případů motivovány, aby onkologické onemocnění zvládly kvůli svým ještě nenarozeným dětem. Dalo by se říci, že děti zde mají roli „hnačího motoru“. A to jak v případě těhotenství, tak i po porodu. Ženy díky nim mají chuť bojovat a nevzdávat se.

Tento výzkum považujeme za velmi silnou životní zkušenost. Svým vyprávěním nás participantka obohatila o nové poznatky z oblasti onkologického onemocnění a jeho prožívání. Přimělo nás to o životě přemýšlet jiným způsobem. Uvědomili jsme si, že takový zlom v životě může nastat kdykoliv, obzvlášť v době, kdy by to člověk nejméně čekal.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ, Jiří VORLÍČEK et al. *Obecná onkologie*. Galén, 2011, 394 s., ISBN: 978-80-7262-715-8.
2. ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, Dagmar. O sarkomu. In: *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. 2006, 17. 7. 2006 [cit. 2018-12-18]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-iaognozy/sarkomy-mekkych-tkani-c48-49/o-sarkomu/>
3. AMANT, Frédéric, et al. *Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy*. *The New England journal of medicine*, 2015, roč. 373, č. 19, s. 1824-1834. ISSN: 0028-4793.
4. BENDO VÁ, Marie. *Gravidita a zhoubné nádory*. *Diagnóza (Praha)*, 2000, roč. 3, č. 43, s. 10. ISSN: 1212-3595.
5. CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kolektiv. *Onkogynekologie*, Grada Publishing, a.s., 2009, 616 s., ISBN: 978-80-247-2665-6.
6. COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kolektiv. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada, 2011, s. 416. ISBN 978-80-247-3641-9.
7. ČERMÁK, Ivo. *Myslet narativně: Kvalitativní výzkum „on the road“*. In ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M. (Eds.). *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí: Sborník z konference*. Brno: SCAN, 2002. s. 11-25. ISBN 80-86620-03-4.
8. DISAIA, Philip, William Creasman, Robert Mannel, D. Scott McMeekin and David Mutc. *Clinical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: Elsevier - Health Sciences Division, 2017, 728 s., ISBN: 978-0-323-400-67-1.
9. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016, 166 s., ISBN 978-80-247-5706-3.
10. DRIÁK, Daniel, Borek SEHNAL a Michael J. HALAŠKA. *Mezinárodní setkání International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy v Praze*. *Gynekolog (Hradec Králové)*, 2018, roč. 27, č. 1, s. 36-41. ISSN: 1210-1133.
11. DROCHÝTEK, V., Lukáš ROB a Michael J. HALAŠKA, *Onkologická léčba v těhotenství*. *Onkologie (Olomouc, Print)*, 2016, roč. 10, č. 3, s. 135-137. ISSN: 1802-4475.

12. FERJENČÍK, Ján. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
13. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 224 s., ISBN: 978-80-247-3625-9.
14. HALAŠKA, Michael, J. a Lukáš ROB. Onkologická onemocnění během těhotenství. Praha: Mladá fronta, 2015, 230 s. ISBN: 978-80-204-3753-2.
15. HALAŠKA, Michael, J., Jiří ŠKULTÉTY a Lukáš ROB. Onkologická onemocnění v těhotenství. Moderní gynekologie a porodnictví, 2012, roč. 21, č. 3, s. 334-343. ISSN: 1211-1058.
16. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005, 408 s., ISBN: 978-80-262-0982-9.
17. HORÁKOVÁ, Lucie. Maligní onemocnění a gravidita - kazuistika. Gynekolog (Hradec Králové), 2017, roč. 26, č. 3, s. 115-118. ISSN: 1210-1133.
18. INTERNATIONAL GYNECOLOGICAL CANCER SOCIETY, Gynecologic Cancers in Pregnancy, International Journal of Gynecological Cancer. 2014, roč. 24, č. 3, s. 394-403. ISSN: 1525-1438.
19. KALVODOVÁ, Libuše, Jiří VORLÍČEK, Zdeněk ADAM a Petr SVAČINA. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetroujícího týmu. Vnitřní lékařství, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2010, roč. 56, č. 6, s. 570-581. ISSN 0042-773X.
20. KUBÁNKOVÁ, Petra a Jitka ABRAHÁMOVÁ. Karcinom prsu v těhotenství a v období kojení. Klinická farmakologie a farmacie, 2014, roč. 28, č. 2, s. 59-61. ISSN: 1212-7973.
21. MAČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. Patologie, 2., doplněné vydání. Grada Publishing a.s., 2012, 352 s., ISBN: 978-80-247-3530-6.
22. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
23. ONDRAČKOVÁ, Anna. Souběh těhotenství, kojení a karcinom prsu. Praktická gynekologie, 2013, roč. 17, č. 1, s. 28-30. ISSN: 1211-6645.

24. PAVLIDIS, Nicholas A. Coexistence of pregnancy and malignancy. *The oncologist*, 2002, roč. 7, č. 4, s. 279-287. ISSN: 1083-7159.
25. ROKYTA, Zdeněk a Jaromíra ŠUBRTOVÁ. Prekancerózy a zhoubné nádory v těhotenství. *Postgraduální medicína*, 2001, roč. 3, č. 6, s. 683-689. ISSN: 1212-4184.
26. ROZTOČIL, Aleš. Zhoubné nádory a gravidita. *Onkologie (Olomouc, Print)*, 2015, roč. 9, č. 4, s. 195-198. ISSN: 1802-4475.
27. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví, 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing a.s., 2017, 656 s., ISBN: 978-80-271-9757-6.
28. SAIF, Alsaif H. Primary synovial sarcoma of the abdominal wall: a case report and review of the literature. *J Family Community Med.* 2008, roč. 15, č. 3, s. 123-125, ISSN: 2301-2178.
29. SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita Slováčková, Ladislav Jebavý a Martin Blažek. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*, 2005, roč. 74, č. 5-6, s. 180-182.
30. STRAŠILOVÁ, Petra, Martin PROCHÁZKA a Radovan PILKA. Maligní tumory v těhotenství. *Postgraduální medicína*, 2014, roč. 16, č. 5, s. 517-526. ISSN: 1212-4184.
31. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
32. TESAŘOVÁ, Petra. S těhotenstvím spojený karcinom prsu. *Klinická onkologie*, 2016, roč. 29, Supplementum 3, s. 16-22. ISSN: 0862-495X.
33. TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie - minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015, 448 s., ISBN: 978-80-88046-01-1.
34. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004, 215 s. ISBN 80-7178-826-0.
35. ZÁHUMENSKÝ, Jozef, et al. Reprodukční funkce u onkologických pacientek. *Klinická onkologie*, 2012, s. 173-177.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a.s.	Akciová společnost
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
cm	Centimetr
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
et al	Et alii (a kolektiv)
Gy	Jednotka dávky ionizujícího záření gray
IQ	Intelligenční kvocient
JIP	Jednotka intenzivní péče
KTG	Kardiotokografický záznam
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
Roč.	Ročník
RTG	Rentgen
s.	Strana
SC	Císařský řez
Tzn.	To znamená
Tzv.	Tak zvaný
UZ	Ultrazvukové vyšetření
VVV	Vrozené vývojové vady

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Výskyt malignit na 100 000 těhotenství v ČR (Halaška a Rob, 2015, s. 15).....	14
---	----