



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Potřeby žen s vícečetným těhotenstvím

Vypracovala: Barbora Blažková
Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

V České republice se v posledních 15 letech zvyšuje počet mnohočetných těhotenství. Přírozeným faktorem pro jejich vznik je například postupně se zvyšující věk matky, výskyt vícečetného těhotenství je do značné míry ovlivněn i širšími možnostmi volby programu IVF u léčitelných sterilít.

Tato bakalářská práce seznamuje čtenáře s tématem mnohočetného těhotenství po stránce nejen teoretické, ale i praktické, vycházející ze zkušeností matek čekajících dvojčata.

Teoretická část je rozdělena na tři období, ve kterých jsou systematicky uvedeny jednotlivé fáze těhotenství, období porodu a po porodu. Pro snazší orientaci v dané problematice je každé období popsáno z pohledu medicínského a ošetrovatelského. V první části práce je tedy vymezena problematika vícečetné gravidity – klasifikace vícečetného těhotenství, jeho diagnostika, ošetrovatelská péče v prenatálním období, při porodu a v poporodní době, jsou zde zmíněny přidružené komplikace a představeny teorie potřeb. V poslední kapitole jsou potřeby žen s vícečetným těhotenstvím rozebrány.

Praktická část je zaměřena na zjištění biopsychosociálních potřeb žen ve všech třech obdobích – v těhotenství, během porodu a v období po porodu. Výzkum proběhl v Ústavu pro matku a dítě v Praze – Podolí.

Cílem bakalářské práce bylo tyto potřeby analyzovat a zjistit rozdílnost v prožívání těhotenství, porodu a období po porodu.

Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu prostřednictvím kazuistiky. Stanovený cíl byl realizován na základě tří výzkumných otázek – jaké jsou biopsychosociální potřeby žen s vícečetnou graviditou během těhotenství, během porodu a v poporodní době. K výzkumu byly osloveny dvě ženy – prvoroďačka (primipara) a žena těhotná podruhé (sekundipara).

V praktické části BP bylo zjištěno, že vícečetné těhotenství žena prožívá velmi podobně jako těhotenství s jedním plodem. Na základě analýzy rozhovorů žen se ukazuje, že období těhotenství s vícečetnou graviditou nemusí být náročnější než u žen

jednočetného těhotenství. Potřeby žen s vícečetnou graviditou jsou v mnoha ohledech shodné, nejčastěji popisovanými problémy těhotných jsou zvýšená únava, bolesti zad či zvýšené nucení na močení. Jako obtížnější ženy uvádí dýchání, zvýšenou bolestivost kloubů, omezenou možnost zaujetí vhodné polohy a s ním spojené nepohodlí při spánku. Důvodem je větší prostorová a váhová náročnost plodů. V otázce potřeb kazuistiky ukázaly, že kvůli obavám z průběhu vícečetné gravidity, císařského řezu a kvůli strachu ze zvládnání následné péče o dvojčata, pocítovaly respondentky v průběhu všech tří fází těhotenství největší potřebu v dostatečné informovanosti a v komunikaci se zdravotnickým personálem. Samotný porod dvojčat vnímají ženy stejně jako porod jednoho dítěte a potřeby žen v této fázi jsou obdobné. Kazuistiky popisují případy dvou žen po císařském řezu. Období po porodu probíhá stejně jako po těhotenství s jedním plodem. Zásadní rozdílnost je v péči o novorozence a kojení. Z odpovědí respondentek je patrné, že je velmi důležitá edukace v této oblasti. Výzkumná část práce ukazuje, jak je nutná kvalitní ošetrovatelská péče, schopnost empatie, naslouchání a komunikace mezi zdravotním pracovníkem a klientem. Je důležité pěstovat pozitivní vztah mezi oběma stranami. Nejde jen o rutinní vykonávání ošetrovatelské péče klientek, ale i o zvolení lidského přístupu, vřelosti a empatii.

Závěr práce obsahuje zvýraznění rozdílů mezi jednočetným a vícečetným těhotenstvím. Výsledek této práce by mohl sloužit zdravotnickému personálu (porodním asistentkám a novorozeneckým sestřám) v základní orientaci a pohledu na danou problematiku. A to především z toho důvodu, že vícenásobné těhotenství není tak běžné a tudíž těhotné ženy (a matky) mají do jisté míry rozdílné potřeby, na které je vhodné adekvátně reagovat z pozice právě zdravotnického personálu, který těmto ženám je vlastně nejbliž.

Klíčová slova:

Biopsychosociální potřeby

Císařský řez

Jednočetné těhotenství

Ošetrovatelská péče

Vícečetné těhotenství

Abstract

In the last 15 years, the number of multiple pregnancies has climbed way up, in the Czech Republic. Natural factor for their emergence is gradually increasing maternal age. The occurrence of multiple pregnancy is largely influenced by the wide choices of IVF programs in curable infertility.

This bachelor thesis introduces readers with the multiple pregnancy topic not only theoretically but as well practically. We used experiences of mothers expecting twins.

Theoretical part is divided into three phases in which are systematically listed stages of pregnancy, labour and the time after birth. To better orientation in this issue, each period is described in terms of medical and nursing care. The first part of the thesis defines issues of multiple pregnancies – classification of multiple pregnancy, its diagnosis, nursing care in the prenatal period, during labour and after birth, furthermore it discussed associated complications and presented theory of needs. The needs of women with multiple pregnancy are specified in the last chapter.

The practical part focuses on the biopsychosocial needs of women in all three periods - during pregnancy, during childbirth and after birth period. The research was conducted at the Institute for Mother and Child in Prague - Podolí.

The aim of this thesis was to analyze these needs and to identify differences in the experience of pregnancy, childbirth and the after birth period.

The method of qualitative research through case studies was chosen. Stated objective was realized on the basis of three research questions - what are the psychosocial needs of women with multiple pregnancies during pregnancy, during delivery and in the postpartum period. Two women were approached for the purpose of this research - primipara (first delivery) and woman who is pregnant for the second time (sekundipara).

In the practical part of bachelor thesis was found that multiple pregnancy woman experiences very much like woman with singleton pregnancies. Based on the analysis of interviews with women show that the gestation period of a multiple pregnancy does not have to be more challenging than in women with singleton pregnancy. The needs of women with multiple pregnancies are in many respects identical, pregnant women most

commonly reported problems with fatigue, back pain, and increased urge to urinate. More difficult for women is breathing, increased joint pain, limited adopting of a suitable position and the associated discomfort while sleeping. This is due to greater spatial complexity and weight of the fetus. In the question of the need, case reports have shown that respondents have concerns about the course of multiple pregnancy, caesarean section and managing the care for the twins. During all three stages of pregnancy, they felt the greatest need for sufficient information and for communication with the medical staff. The actual delivery of twins women perceive as well as a birth of one child and the needs of women in this stage are similar. Case reports describe two cases of women after caesarean section. Postpartum period is the same as for singleton pregnancies. The fundamental difference is in the care of a newborn and breastfeeding. The answers of the respondents show that education is very important in this area. The research shows how important is quality nursing care, empathy, listening and communication between the medical staff and the client. It is important to work on a positive relationship between the two parties. It's not just about performing routine nursing care of clients, but also about a human approach, warmth and empathy.

The conclusion contains highlighted differences between singleton and multiple pregnancies. The results of this work could be useful for the medical staff (midwives and neonatal nurses) for the basic orientation and for the better perspective on the issue. This is mainly because the multiple pregnancy is not so common and therefore pregnant women (and mothers) have to certain extend different needs, on which is suitable to respond adequately from the position of medical staff to whom these women are actually the closest.

Keywords:

biopsychosocial needs

cesarean section

singleton pregnancy

nursing care

multiple pregnancy

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 1. 5. 2014

.....
(jméno a příjmení)

Poděkování

Paní doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D děkuji za její cenné rady, připomínky a vedení při psaní bakalářské práce. Velké díky patří i моým rodičům, dětem a моým nejbližším přátelům za podporu a trpělivost při mém studiu a psaní bakalářské práce.

Obsah

Obsah	6
Seznam zkratk	9
Úvod.....	11
1 Současný stav	13
1.1 Vícečetné těhotenství	13
1.1.1 Predispoziční faktory	14
1.2 Klasifikace vícečetné gravidity	14
1.2.1 Dvojčata, jejich rozdělení a uložení v děloze	14
1.2.2 Trojčata, čtyřčata a další vícečetné těhotenství	16
1.3 Vícečetné těhotenství	17
1.3.1 Diagnostika vícečetného těhotenství	17
1.3.2 Komplikace vícečetného těhotenství z medicínského pohledu	19
1.4 Prenatální ošetrovatelská péče u žen s vícečetným těhotenstvím	22
1.4.1 Charakteristika změn v mateřském organismu během těhotenství ..	24
1.4.2 Přehled obtíží u žen s vícečetným těhotenstvím.....	25
1.4.3 Psychologická a sociální specifika žen s vícečetným těhotenstvím ..	28
1.5 Porod vícečetného těhotenství	30
1.5.1 Vedení porodu dle doporučeného postupu v perinatologii.....	31
1.5.2 Ošetrovatelská péče o ženu během porodu per vias naturales	32
1.5.3 Přístup porodní asistentky u porodu per sectio cesaream.....	35
1.6 Průběh šestinedělí s vícečetným těhotenstvím.....	36

1.6.1	Ošetrovatelská péče u žen v období šestinedělí	37
1.7	Klasifikace potřeb	38
1.7.1	Florence Nightingaleová	39
1.7.2	Hierarchie potřeb podle Maslowa	39
1.7.3	Teorie potřeb dle modelu Hendersonové	40
2	Metodika	41
2.1	Cíl práce	41
2.2	Výzkumné otázky	41
2.3	Použitá metoda.....	41
2.4	Charakteristika výzkumného souboru	42
3	Výsledky	43
3.1	Kazuistika I.....	43
3.1.1	Anamnéza	43
3.1.2	Katamnéza	45
3.1.3	Analýza a interpretace	49
3.2	Kazuistika II.....	51
3.2.1	Anamnéza	51
3.2.2	Katamnéza	54
3.2.3	Analýza a interpretace	58
4	Diskuze.....	60
	Závěr	65
	Seznam použitých zdrojů.....	67
	Seznam příloh	71
	Příloha 1 - Deklarace práv a potřeb dvojčat a vícčrat	72

Příloha 2 - Polohy plodů v děloze.....	79
Příloha 3 - Polohy při kojení dvojčat.....	80
Příloha 4 – Doporučené postupy s vedením porodu.....	81
Příloha 5 - Fyziologické změny v šestinedělí.....	85
Příloha 6 - Maslowova hierarchie potřeb.....	89
Příloha 7 – Souhlas ÚPMD s výzkumem.....	90
Příloha 8 - Souhlasy s provedením výzkumného rozhovoru s respondentkami.....	91
Příloha 9 – Otázky pro rozhovor s respondentkami.....	93

Seznam zkratek

AFP	alfafetoprotein
ATB	antibiotika
BWR	syfilis
CRP	C- reaktivní protein
CTG	cardiotokograf
CVS.....	odběr choriových klků
ČGPS	Česká gynekologická porodnická společnost
E3	estriol
EKG	elektrokardiograf
FSH	folikuly stimulující hormon
GBS.....	Group B Streptococcus - přítomnost streptokoka skupiny B
HbsAg	sériová žloutenka typu B
HCG	hormon humánní choriový gonadotropin
HIV	Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti
IUGR.....	intrauterinní růstová retardace
IVF.....	fertilizace in vitro
JIP	jednotka intenzivní péče
KO.....	krevní obraz
KS	krevní skupina
LH	luteinizační hormon
NB.....	nasal bone - nosní kost

OGTT	orální glukózový toleranční test
PA	porodní asistentka
PAPP-A	plasmatický specifický těhotenský protein
PPHL.....	poloha plodu podélná hlavičkou
PPKP	poloha plodu podélná koncem pánevním
PROM	předčasný odtok plodové vody
SF.....	vzdálenost mezi symfýzou a fundem děložním
SGA	small gestational age - malý vzrůst plodu
SpO2	saturace krve kyslíkem
TEN.....	tromboembolické onemocnění
TK	tlak krve
TRAP	Twinreversedarterialperfusionsyndrome = oběhová nestabilita s převážením oběhu jednoho z dvojčat
TTTS.....	twin to twin transfusion synrom - syndrom transfuze mezi dvojčaty
USA	Spojené státy americké
UZV	ultrazvuk, ultrazvukové
VP	plodová voda
VVV.....	vrozené vývojové vady

Úvod

V kompetenci porodní asistentky je nejen péče o rodičku před porodem a během něj a poporodní péče o matku a dítě, ale i poskytnutí potřebné podpory a rady během těhotenství. Porodní asistentka by se měla zaměřit i na zachování a posílení zdraví matky a dítěte, na prevenci, na edukaci těhotné v oblasti péče o zdraví své a dítěte, na seznámení se správnými technikami při kojení. Cílem porodní asistentky je nejen zajištění dobrých podmínek pro průběh porodu, ale i udržování psychické pohody rodičky, či podpora zdravotního stavu gravidní a zlepšování kvality života. Porodní asistentka má podporovat aktivní roli ženy v průběhu těhotenství, v období během a po porodu.

V těhotenství mají ženy obdobné potřeby, odlišnosti jsou často způsobeny osobnostními rysy, temperamentem ženy, jejím zdravotním stavem, vlivem rodiny, zkušenostmi z předchozího či předchozích těhotenství.

K vytvoření této bakalářské práce mne motivovaly získané zkušenosti spojené s výkonem mého povolání (s těhotnými ženami respektive matkami), a to především s ohledem na rozdíl mezi běžným těhotenstvím a vícečetným těhotenstvím. Původně jsem pracovala na pozici dětské sestry a získala zkušenosti s problematikou u matek, novorozenců a jejich potřeb. V současnosti pracuji jako porodní asistentka v ÚPMD v Praze Podolí na gynekologicko-porodnickém oddělení. Setkávám se proto s těhotnými ženami, které porod teprve čeká. Zásluhou této skutečnosti mám možnost jejich problémy v těhotenství a následně bezprostředně po porodu identifikovat.

První část práce je zaměřena na problematiku vícečetného těhotenství, jaké jsou důvody vzniku, jaká je četnost zastoupení, co se v těle těhotné děje jinak než při jednočetné graviditě, jsou zde shrnuty postupy v předporodní době a v době porodu a poporodní péči.

Druhá část práce se soustředí na samotné potřeby, jak ženy s vícečetným těhotenstvím prožívají svoje těhotenství, porod a období po porodu. Do výzkumné

skupiny byly zvoleny dvě ženy, které byly po dobu vícečetného těhotenství sledovány. Druhotným zdrojem informací byla použita lékařská a sesterská dokumentace, hlavním zdrojem informací pak individuální nestandardizovaný rozhovor. Rozhovory byly, pro udržení příjemného klimatu při rozhovoru a zachování přirozeného průběhu rozhovoru, se souhlasem respondentek nahrávány pomocí audiovizuální techniky.

V závěru bakalářské práce jsou zjištěné informace shrnuty a porovnány s potřebami žen s jednočetným těhotenstvím.

1 Současný stav

1.1 Vícečetné těhotenství

Dvojčata a vícčata jsou jedinečná, co se týče počtů, porodu a kojení, zdravotních rizik, dopadu na rodinné uspořádání, vnějších životních podmínek potřebných k vývoji, individualizačních procesů. Vícčata a jejich rodiny potřebují k zajištění optimálního vývoje dostupnou zdravotní péči, sociální zabezpečení a vzdělání, které respektuje a zabývá se rozdíly mezi nimi a dětmi narozenými jednotlivě. (Huffman, ©2010) ¹

Při vícečetném těhotenství se v děloze matky vyvíjí více než jeden plod. Nejčastěji jde o dva plody v děloze - *gemi*. Pokud jsou v děloze tři plody, jedná se o *trigemi*, v případě čtyř plodů jde o *quadrigemi*. A ve velmi vzácných případech může jít o vývoj většího počtu plodů. (Čech, 2006, s. 225)

U lidské populace je nejčastější porod jednoho plodu. V průběhu několika posledních let se v ČR počet mnohočetných těhotenství zvyšuje. Pro výpočet pravděpodobnosti výskytu vícečetných těhotenství se používá klasické *Hellinsovo pravidlo*. U dvojčat je výskyt 1 : 85 (tj. u 1,18 % porodů), u trojčat 1 : 852 (tj. u 0,014% porodů). Čtyřčata se vyskytují v poměru 1 : 853 (tj. u 0,00016% porodů) a u paterčat je výskyt 1 : 854 (tj. u 0,0000019% porodů). Hellinsovo pravidlo platí jen pro výpočet těhotenství, která vznikla po spontánní koncepci. V dnešní době, kdy je možnost volby programu IVF u léčených sterilít, je častější výskyt vícečetného těhotenství než v minulosti. V České republice se jedná zhruba o období posledních 15 let. Vzhledem k významně vyššímu počtu komplikací v průběhu gravidity a v šestinedělí a kvůli neméně závažným socioekonomickým dopadům vícečetných gravidit, je rostoucí tendence preferovat v programu IVF transferu jediného embrya. (Calda, 2007, s. 112; Kačerová, ©2012)

¹ Příloha – Deklarace práv a potřeb dvojčat

1.1.1 Predispoziční faktory

Výskyt mnoha přirozených faktorů pro vznik vícečetného těhotenství stále narůstá. Jedná se o postupně zvyšující se věk matky. Věková hranice těhotných se pohybuje mezi 30. až 40. rokem života. A výjimkou nejsou ani ženy po 40. roce života. Frekvence dvojčat u starších žen stoupá až na 2 %.

Hlavní roli v otázce těhotenství v pozdějším věku sehrává fakt, že lidé všeobecně mají více možností cestování, studia a budování kariéry, často mají zodpovědnější přístup k životu a zásadní změny více rozmýšlejí.

Dalším faktorem je parita, počet předešlých těhotenství: u kvinti a multipar je frekvence dvojčat až 2 %.

Dále je to užívání hormonálních přípravků, vyšší BMI, genetické predispozice a rasová příslušnost. Pro srovnání: u Japonců se dvojčata vyskytují u 0,6% porodů. U Hispánců a Afroameričanů v USA je výskyt dvojčat u 1,1 % porodů. Nejnižší výskyt vícečetného těhotenství je v Číně. Nejvyšší výskyt dvojčat v lidské populaci je v Nigérii. (Caldá, 2007, s. 112; Kačerová, ©2012)

1.2 Klasifikace vícečetné gravidity

Dvojčata, trojčata a další vícečetné plody dělíme z hlediska mechanismu jejich vzniku na monozygotní (jednovaječná) a dizygotní (více vaječná).

1.2.1 Dvojčata, jejich rozdělení a uložení v děloze

1.2.1.1 Monozygotní dvojčata

Ta vznikají rozdělením jedním spermatozoem oplodněného vajíčka. Oplozená buňka (neboli embryo) se v různém stadiu rýhování rozdělí na dvě části, ze kterých se vyvinou samostatní jedinci. Tento proces probíhá v období do čtrnáctého dne vývoje a plody jsou vždy stejného pohlaví. Vyznačují se nápadně shodným fenotypem, mají např. podobné duševní vlastnosti, fyzickou konstituci atd. Co se rozdílnosti týče, lze jí vidět např. u otisků prstů, ale i tak jsou si papilární linie velmi podobné. *Monozygotní*

dvojčata se vyskytují zhruba v 30% všech dvojčetných gravidit. Další vývoj monozygotických dvojčat závisí na čase rozdělení embryonální tkáně. Proto tyto dvojčata dále dělíme na dvojčata *bichoriální - biamniální, monochoriální - biamniální, monochoriální - monoamniální*. (Roztočil, 2008, s. 250)

1.2.1.2 Dizygotická dvojčata

Dizygotická dvojčata vzniknou ze dvou nebo více samostatných vajíček, z nichž každé je oplodněno jinou spermií. Jde zhruba o 70% všech případů dvojčetných těhotenství. Jejich výskyt je tedy 3 – 4krát častější než u jednovaječných dvojčat. Pohlaví nemusí být vždy stejné. Mají rozdílnou genetickou výbavu. Dizygotická dvojčata se častěji objeví u starších žen, vícerodiček a po hyperstimulaci při léčbě neplodnosti. (Roztočil, 2008, s. 250; Čech, 2006, s. 226)

V případě vzniku dizygotních dvojčat niduje každé vajíčko samostatně, takže vzniklý plod má své samostatné obaly: amnion, chorion a placentu. Jedná se o *gemini bichorale*. Jsou tedy vždy bichoriální, biamniální. Takto vzniklá dvojčata většinou vznikají během jedné soulože. Někdy ale může dojít k oplodnění během dvou různých souloží, pak se jedná o tzv. superfekundaci. Monoamniální dvojčata jsou velmi vzácná. Jsou provázena významným počtem komplikací. Velmi vzácný je výskyt tzv. *srostlic (conjoined twins)*. Srostlá dvojčata se vyskytují s pravděpodobností 1: 50 000 porodů dvojčat. (Čech, 2006, s. 226)

1.2.1.3 Polohy plodů v děloze u dvojčetné gravidity

Nejčastější uložení plodů v děloze² je v poloze podélné hlavičkou (dále *PPHL*), jedná se zhruba o 45 % ze všech ostatních variant poloh plodů. *PPHL* je jediná poloha u dvojčat, kdy se za splněných podmínek může porod vést vaginální cestou. V 35 % je zastoupena druhá varianta, kdy jeden plod je v poloze podélné hlavičkou (*PPHL*) a druhý plod je v poloze podélné koncem pánevním (*PPKP*). V situaci, kdy je 1. plod v *PPKP* a druhý plod je *PPHL*, se může předpokládat prodloužená I. doba porodní a

² Příloha – Polohy plodů v děloze

v úvahu přicházejí i poruchy mechanismu ve II. době porodní. Velkým rizikem zde může být komplikace zvaná *kolize dvojčat*. Hlavičky plodů se do sebe bradičkami mohou zaklínit a tím je spontánní porod vyloučený. Ostatní polohy plodů v děloze nejsou tak časté. V 10 % případů se nacházejí oba plody v poloze podélné koncem pánevním (*PPKP*). A posledními variantami jsou poloha šikmá a příčná. (Čech, 2006, s. 229; Roztočil, 2008, s. 252)

1.2.2 Trojčata, čtyřčata a další vícečetné těhotenství

1.2.2.1 Trigeminy (trojčata)

Obecně platí, že čím je počet plodů vyšší, tím stoupá pravděpodobnost těhotenských i porodnických komplikací. Jedná se zejména o riziko prematurity. U vícečetné gravidity většinou jde o kombinaci mono a dizygotických gravidit. Téměř vždy se rodí tato těhotenství předčasně. (Caldá, 2007, s. 112)

Základním krokem je na začátku těhotenství stanovit chorionicitu. Pokud se jedná o těhotenství po asistované reprodukci, je s těhotnou diskutována možnost redukce plodů. V současné době se k uvedenému kroku přistupuje i u troj- a vícerčat po spontánní koncepci. Tato možnost se těhotné a partnerovi navrhuje a provádí pouze s jejich souhlasem. Prenatální péče probíhá stejně jako u dvojčat, že je nutností sledovat intrauterinní růst plodů a cervikometrii. Porod trojčat se vždy vede císařským řezem do ukončeného 34. týdne těhotenství. (Pařízek, 2012, s. 169)

1.2.2.2 Quadrigemini (čtyřčata)

Čtyřčata se vyskytují zcela výjimečně. Platí zde stejná pravidla a zásady péče jako u ostatních vícečetných těhotenství. Vedení prenatální péče a ukončení těhotenství se řídí dle platných doporučených postupů v perinatologii. (Roztočil, 2008, s. 255)

1.2.2.3 Quintigemini (paterčata)

V roce 2013 se v ČR narodila první *paterčata*. V tomto případě pětičetného těhotenství šlo o spontánní graviditu, jejíž pravděpodobnost je 1: 48 mil. všech těhotenství. Porod byl ukončen císařským řezem po ukončeném 30. týdnu těhotenství.

1.3 Vícečetné těhotenství

U vícečetného těhotenství je důležité včasné rozpoznání této gravidity - díky klinickému vyšetření v prenatalní poradně a podle termínu posledních menses může lékař zjistit diskrepanci mezi větší dělohou a velikostí gravidity. Nadměrnou velikost dělohy lze zjistit i měřením vzdálenosti mezi symfýzou a fundem děložním. Při měření vzdálenosti SF je možné počítat s možností vícečetné gravidity, pokud je vzdálenost SF o 4 cm větší než délka gestace. Při poslechu ozev je možné slyšet rozdílné ozvy plodů od sebe vzdálené a s rozlišnými frekvencemi. (Roztočil, 2008, s. 250)

1.3.1 Diagnostika vícečetného těhotenství

1.3.1.1 Ultrazvuk

Ultrazvuk v I. trimestru zahrnuje vyšetření celé dutiny děložní s přesným určením množství gestačních váčků, jejich lokalizaci a kontrolu vitality plodů. Dále stanovení amnionicity a chorionicity vícerčat, počet žloutkových váčků a gestačních váčků, amniových dutin a embryí v gestačním váčku. Proto je kladen důraz na co nejčasnější diagnostiku, určuje se počet placent a jejich uložení. Dále se provádí vyšetření pohlaví plodů a jejich polohy a v neposlední řadě i specifické obrazy plodových obalů, sleduje se přítomnost dělicí přepážky, tzv. delta - lambda sign. (Calda, 2007, s. 115)

U vícečetné gravidity je kladen důraz na pravidelné ultrazvukové kontroly, které se plánují mnohem častěji než u jednočetného těhotenství. Ty jsou v souladu s platnými doporučenými postupy v péči o vícečetné těhotenství. V případě, kdy je podezření na nějakou chromozomální aberaci u plodů, lze provést invazivní vyšetření. Mezi tyto invazivní metody patří CVS - odběr choriových klků v období mezi 10. - 14. týdnem

těhotenství. V lokální anestezii za pomoci speciální jehly pod UZV kontrolou se transabdominálně odsaje malé množství tkáně z choriových klků. Výsledky jsou k dispozici za 5-7 dní klasickou kultivací nebo do 48 hodin metodou Q-PCR.

1.3.1.2 Screening

U vícečetného těhotenství je mnohem větší výskyt chromozomálních aberací a také fetálních anomálií, např.: defekt neurální trubice, rozštěp rtu a patra, omfalokéla atd. Pro vyloučení vrozených vývojových vad plodu se provádí v I. trimestru kombinovaný screening, kde se bere v úvahu věk matky, biochemické vyšetření krve (stanovení hladiny PAPP-A a beta HCG v séru) a měření nuchální translucence plodu - jde o tzv. šíjové projasnění (mezi 11+0 až 13+6 gestačním týdnem je v nuchální oblasti pod kůží plodu přítomná vrstva tekutiny, která dosahuje do různé vzdálenosti přes hlavičku a záda. Pokud se vyskytne zvýšené množství tekutiny v této šíjové krajině, jde o patologický obraz.) A posledním kritériem je morfologické vyšetření plodů (vyšetření nosní kosti - nasal bone - NB). V současné době není screening hrazený zdravotní pojišťovnou. (Calda, 2007, s. 51; Koterová, 2008, s. 3)

V roce 2013 se nově zavedl do praxe nový těhotenský screening - *prenascan*. Je to neinvazivní prenatalní test trizomie - chromozomu č. 21 - Downova syndromu, chromozomu č. 18 - Edwardsova syndromu a chromozomu č. 13 - Patauova syndromu. Odběr krve se provádí po 12. týdnu těhotenství. Efektivnost tohoto testu se pohybuje okolo 99%. Vyšetření není hrazeno zdravotní pojišťovnou.

Ve II. trimestru lze využít integrovaného testu, který integruje markery kombinovaného screeningu v I. trimestru s markery II. trimestru (AFP, hCG, E3). Pokud nemá žena provedený kombinovaný test (např. z důvodu finančního), dělá se screening ve II. trimestru, tzv. *triple test*, kde se hodnotí riziko VVV plodu s ohledem na věk matky. Provádí v období od 16. týdne těhotenství. Jedná se o stanovení hladiny AFP, beta - hCG a nekonjugovaného estriolu v krvi. Pokud se prokáže u ženy vícečetné těhotenství, pak pouze provedení biochemického screeningu je neinformativní.

1.3.1.3 Amniocentéza , kordocentéza

Amniocentéza, neboli odběr plodové vody mezi 15. - 20. týdnem těhotenství, se provádí transabdominálně pod UZV kontrolou, kdy se odebírá malé množství plodové vody. Výsledky kultivace buněk z plodové vody jsou vyhodnoceny do 3 týdnů.

Kordocentéza je odběr pupečnickové krve po 18. týdnu těhotenství. Za UZV kontroly se provádí odběr malého množství krve z pupečnicku. K získání vzorku se používá punkční jehla. (Slezáková, 2011, s. 142)

U všech těchto invazivních metod je třeba zvážit rizika plynoucí z výkonů. Jedná se zejména o ztrátu těhotenství, infekce, krvácení, hypertonus děložní nebo odtok VP. Lékař musí ženu seznámit o průběhu výkonu a možnými komplikacemi spojenými s invazivním vyšetřením. Úloha porodní asistentky (dále jen PA) spočívá v edukaci těhotné - seznámit ji s průběhem vyšetření nebo co je nutné s sebou přinést. PA dále informuje o doprovodu těhotné, o následném klidovém režimu. Po celou dobu vyšetření PA ženu psychicky podporuje a kontroluje.

V současné době je prenatální diagnostika v ČR na vysoké úrovni. Umožňuje rozpoznat zdravotní stav nenarozeného dítěte ještě před narozením, což je velké medicínské plus, ale naskýtají se zde otázky z oblasti morálky a etiky. I přes veškeré vyšetření nezaručí ženě 100% záruku, že se dítě narodí zdravé. Případná falešná pozitivita výsledků vyvolá obavy a nutnost rozhodování rodičů, jestli bude žena v těhotenství pokračovat, nebo zda těhotenství ukončí.

1.3.2 Komplikace vícečetného těhotenství z medicínského pohledu

Na rozdíl od jednočetných gravidit jsou vícečetná těhotenství zatížena větším výskytem patologických stavů, mezi něž patří zejména: potrat - *abortus*, předčasný porod - *partus praematurus*, předčasný odtok plodové vody (*PROM*), preeklampsie, těhotenský diabetes, intrauterinní růstová retardace- *IUGR* (nebo restrikce) - buď jednoho, nebo obou plodů, dále pak vrozené vývojové vady plodu a také intrauterinní odúmrtí jednoho či více plodů. (Pařízek, 2012, s. 169)

Těhotenství se zakládá jako vícečetné mnohem častěji, než se předpokládalo. Jeden z plodů odumírá ještě dřív, než je vůbec vícečetné těhotenství diagnostikováno. Tento stav může nastat v důsledku nevhodné nidace nebo i z jiných příčin. Na ultrazvukovém nálezu je možno vidět amorfní terčík v obalech přežívajícího plodu - jedná se o *syndrom mizejícího dvojčete (vanishingtwin)*. Pokud odumře větší plod, ten se postupně zmenšuje, mumifikuje a je v dutině děložní stlačován. Vzniká *fetus papyraceuscompressus*. (Čech, 2006, s. 227)

Specifické patologické stavy u vícečetného těhotenství se rozdělují na dvě skupiny. Tou první skupinou jsou onemocnění, která se vyskytují pouze u vícečetné gravidity. Jedná se o TTT syndrom (*twin-to-twintransfusionsyndrom*), *TRAP sekvence*, zánik druhého plodu po intrauterinním úmrtí prvního plodu, vzájemnou torzi pupečnicků a podvojně malformace. (Pařízek, 2012, s. 170)

Druhá skupina jsou komplikace, které se vyskytují společně i u jednočetné gravidity - předčasný porod, *IUGR*, vyšší výskyt preeklamsie, *PROM*, placenta praevia, abrupce placenty, postpartální krvácení a pupečnickové komplikace. Mezi další výše zmíněné komplikace patří i hyperemesis gravidarum. A také fakt, že vícečetná těhotenství jsou spojena s častější indikací císařského řezu, a tudíž i z toho vyplývajícími riziky. (Pařízek, 2012, s. 170)

1.3.2.1 **Twin to - twintransfusion syndrom**

Syndrom transfuze mezi dvojčaty (chronická fetofetální transfuze, dále *TTTS*) je jev, kdy jsou v monochoriální placentě cévní anastomózy mezi oběhy obou plodů. Tyto anastomózy mohou být arterio - arteriální, veno - venózní a arterio - venózní. Podkladem pro vznik *TTTS* je nestabilita těchto spojek společného placentárního řečiště plodů. To znamená, že cirkulace krve k oběma plodům není stejná. Z krevního oběhu plodu - *donora*(dárce)se do oběhu druhého plodu transportuje velký objem krve, plod trpí hypovolémií. U plodu se projevuje intrauterinní růstová retardace - *IUGR*, anemie, oligohydramnion, utlačení plodu v dutině děložní z důvodu velkého tlaku díky polyhydramniu druhého plodu - *stucktwin*, polohové deformity dolních končetin a velamentózní úpon pupečnicku. (Pařízek, 2012, s. 170)

Recipient (příjemce) v děloze matky prospívá na úkor donora. Plod je větší, překrvený. Je zde patrný polyhydramnion - plod více močí, dochází k hypertrofii srdce – v důsledku velkého objemového přetížení zbytní myokard, dále hepatosplenomegalii, ascitu, hydroperikardu, vyskytuje se i hydrops plodu. Úpon pupečníku je obvykle centrální.

Akutní fetofetální transfuze je proces jednorázového přesunu objemu krve z jednoho plodu na druhý. Tento stav se vyskytuje nejčastěji v období kolem porodu. Plody se od sebe liší barvou, donor je více bledý, anemický. Ale na rozdíl od chronické fetofetální transfuze není ovlivněn intrauterinní růst a vývoj plodů. Růst dvojčat je tedy symetrický. Někdy může této akutní komplikaci předcházet chronický *TTTS*. Akutní přesun krve může nastat i po odumření jednoho plodu, pak přežívající dvojče krvácí do oběhu mrtvého plodu. Následky pro živý plod jsou velmi závažné. (Calda, 2007, s. 116)

TTTS komplikace je zatížena mortalitou i morbiditou jednoho nebo obou plodů. Jako možnost intervence je možná amniodrenáž nebo přerušování cévních spojek v některých případech. (Calda, 2007, s. 116; Ježová, ©2012)

1.3.2.2 **TRAP syndrom**

TRAP syndrom je komplikací výhradně monozygotických monochoriálních těhotenství. Mechanismus vzniku TRAP syndromu je popisován jako oběhová nestabilita s převážením oběhu jednoho z dvojčat už v raném stadiu těhotenství. Poté dochází k reverzní perfuzi oběhu plodu recipienta cestou arterio - arteriálních spojek a následně pak k hypoperfuzi a resorbci kraniálních částí patologického plodu. Vzniká tzv. *akardius*, *acefalus*. Tento patologický stav cirkulace ohrožuje i plod s fungujícím srdcem. Akardius může být i úplně beztvářá hmota nebo objekt s naznačenými končetinami, trupem nebo i hlavou. Životně důležité orgány nejsou vůbec vyvinuty. Srdce u plodu zcela chybí nebo je malformováno. (Calda, 2007, s. 117; Ježová, ©2012)

1.3.2.3 Podvojná malformace - monstra

Jde o výrazné morfologické odchylky, které vznikají v průběhu intrauterinního vývoje. Mnoho takto vyvinutých plodů odumírá intrauterinně nebo hned krátce po porodu. Tyto monstra se vyskytují díky prenatalní diagnostice velmi vzácně. Mezi podvojně zrudý patří *monstra duplicia*, které se vyznačují částečným zdvojením různých částí těla, vznikající nedokonalým rozdělením plodového vejce. Nejčastější formou je *thoracopagus* (společná hrudní dutina). Mezi další skupinu patří *monstra simplicia*, které se týkají částí jednoho organismu. (Ježová, ©2012)

1.4 Prenatální ošetrovatelská péče u žen s vícečetným těhotenstvím

Prenatální péče v České republice se řídí dle platných doporučených postupů v perinatologii, která byla vydána ČGPS - Českou gynekologicko - porodnickou společností. (Hájek a kol., 2013, s. 22)

Každá žena by měla při podezření na těhotenství a vynechání menses navštívit svého gynekologa. Pokud se potvrdí těhotenství, je žena dále sledována v prenatální poradně. Obvykle má ženský lékař vymezené ordinační hodiny zvlášť pro těhotné ženy. V poradně se odborným vyšetřením potvrzuje těhotenství a vypočítává se termín porodu. Lékař při pravidelných návštěvách sleduje stav organismu těhotné ženy a vývoj plodu či plodů v děloze. V současné době funguje v ČR dobře propracovaný systém třífázové zdravotní péče. *Systém primární péče* je systém, kdy do poradny dochází zdravé ženy. Do této skupiny patří většina těhotných. *Systém intermediární péče* je určen pro těhotné s rizikovým těhotenstvím. Třetí skupinou jsou poradny v *perinatologickém centru*. Jde o systém péče o těhotné s vysokým rizikem. Funguje zde multioborová spolupráce porodníků, neonatologů, genetiků, anesteziologů, hematologů aj., jejichž cílem je snížení mortality a morbidit u matky a plodů. Je zde zajištěna nejvyšší dostupná diagnostická a léčebná péče. V perinatologických centrech je špičkové přístrojové vybavení, pracují zde vysoce specializovaní zdravotničtí pracovníci.

Na začátku každého těhotenství je důležitá *anamnéza*. Jde vlastně o vyzpovídání těhotné. Otázky jsou cíleně kladené na anamnézu rodinnou, osobní, gynekologickou a porodnickou. Cílem je odhalit případná rizika pro další těhotenství a vývoj plodu. Dokladem, který by měla každá těhotná nosit při sobě, je *těhotenská průkazka*. Uvnitř by měly být veškeré vyplněné údaje a doplněná vyšetření. (Pařízek, 2002, s. 56)

Těhotná žena navštěvuje poradnu dle vypracovaného systému doporučení, která se ale u vícečetných těhotenství řídí individuálně dle stavu těhotné. Komplexní prenatalní vyšetření se provádějí cca do 12. týdne těhotenství. Jedná se zejména o výše zmíněném odebrání anamnézy a určení míry rizika, vystavení těhotenské průkazky, změření zevních pánevních rozměrů, kontroly výšky a váhy ženy a v neposlední řadě i kontrola prsů. Mezi pravidelná vyšetření patří kontrola krevního tlaku, váhy, otoků, varixů, dále rozbor moči (přítomnost cukru a bílkoviny v moči) a zevní a vnitřní vyšetření, kde lékař stanoví tzv. cervix skóre. Poslední skupinou jsou nepravidelná vyšetření: krevní odběry - krevní obraz (*KO*), *KS + Rh faktor*, nepravidelné protilátky, *BWR* (syfilis), *HIV + HbsAg* (sérová žloutenka typu B), vyšetření glykémie nalačno a vyšetření močového sedimentu. Další odběry se provádějí dle ordinace lékaře, aktuálního zdravotního stavu ženy. Mezi další vyšetření patří diagnostické metody. Preferován je kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství (biochemický a ultrazvukový) a nově zavedená vyšetřovací metoda *prenascan*. V 16. týdnu těhotenství se provádí krevní vyšetření - *triple test*. Invazivní vyšetřovací metody na základě vyhodnocení screeningu indikuje a provádí jen gynekolog. Dříve se ve 20. týdnu těhotenství odebíraly u žen s Rh negativním faktorem nepravidelné protilátky. Nyní se od tohoto postupu upustilo. Protilátky se odebírají do 28. týdne těhotenství, pokud jsou neprokázány, aplikuje se preparát antiD intramuskulárně. Orální glukózový toleranční test (OGTT) je vyšetření, které se provádí v rozmezí mezi 24- 28. týdnem těhotenství. Mezi další nepravidelná vyšetření patří kontrola kolposkopie a cytologie, EKG vyšetření a interní konsilium a návštěva dentisty. (Hájek a kol., 2013, s. 8)

Preventivní hospitalizace u dvojčat není nutná, jen pokud se vyskytnou nějaké komplikace. Cerclage je lékařem indikována na základě insuficience děložního hrdla, vyšetřením ultrazvukovou cervikometrií. Dle doporučených postupů je rozdílná

dispenzární prenatalní péče, hospitalizace, časování ukončení těhotenství a způsob vedení porodu u gemin *bi/bi*, *mono/bi* a *mono/mono*. U trigemin a více plodů se prenatalní péče vede od 16. týdne těhotenství v perinatologickém centru. Těhotné se hospitalizují od 32. týdne těhotenství, těhotenství se ukončuje do 35+6 týdne těhotenství císařským řezem. UZV vyšetření dvojčat se provádí s ohledem na to, zda se jedná o *bi/bi*, *mono/bi* nebo *mono/mono*. Tyto kontroly jsou mnohem častější než u jednočetné gravidity. CTG (= cardiokograf) vyšetření u vícečetného těhotenství se řídí dle platných doporučených postupů. Záleží, o jaký typ dvojčat se jedná (*bi/bi*, *mono/bi*, *mono/mono*). Je třeba zohlednit aktuální stav matky i plodů a přidružené choroby v těhotenství. Mezi 35. až 37. týdnem těhotenství se odebírá stěr rektovaginální k průkazu *streptokoka typu B (GBS)*. Při pozitivním nálezů se žena poučí o včasném příjezdu do porodnice, z důvodu aplikace antibiotik. To platí u porodu dvojčat vedených *per vias naturales*. (Hájek a kol., 2013, s. 22)

1.4.1 Charakteristika změn v mateřském organismu během těhotenství

Vícečetné těhotenství představuje pro organismus ženy velké zatížení a vyvolává mnoho změn, které přímo souvisejí se zajištěním vývoje a výživy plodů, následnou přípravou na porod a na kojení. Tyto změny by se daly rozdělit podle systémů na: reprodukční, kardiovaskulární, respirační, krevní, uropoetické, gastrointestinální, pohybové, kožní (a kožní adnexa), metabolické a psychické. (Slezáková, 2011, s. 134)

V reprodukčním systému dochází k řadě změn, díky růstu plodového vejce (nebo vajec) děloha roste a mění svůj tvar. Hrdlo děložní (cervix) prochází v těhotenství změnami, které vedou k jeho zkracování a změknutí. Cervikální žlázy produkují hlen, který se hromadí v cervikálním kanále a vytváří tzv. hlenovou zátku. Pochva je více prokrvená a tím mění barvu poševní sliznice. V těhotenství je zvýšená poševní sekrece, což se může projevit hojným výtokem.

Ve vaječnicích se díky vysoké hladině placentárních hormonů blokuje sekrece folikulstimulačního hormonu (FSH) aluteinizačního hormonu (LH), tím dochází

k vzestupu prolaktinu a k potlačení cyklické hormonální aktivity. (Slezáková, 2011, s. 134)

1.4.2 Přehled obtíží u žen s vícečetným těhotenstvím

1.4.2.1 I. trimestr

První obtíže po vynechání menstruace, které přivádí ženu k myšlence možného těhotenství, jsou převážně napětí v prsou, nevolnost, zvracení a zvláštní chutě. Tělo se začíná měnit. Takhle začíná u většiny žen těhotenství. V této rané době (jedná se o období *I. trimestru*), se začínají objevovat drobné obtíže spojené s těhotenstvím. Někdy se ale vyskytnou stavy, které sice ženu ani dítě neohrožují na životě, ale jsou jinak velmi nepříjemné. Mezi ně patří častější nucení na močení, únava a ospalost, zvýšené slinění, pálení žáhy, poruchy trávení, plynatost, nadměrná chuť k jídlu nebo naopak averze k jídlu. Citlivost prsů a bradavek. Další velkou změnou je psychická nestabilita, která je uvedena v další kapitole. Nevolnost a zvracení jsou další nepříjemností vázající se spíše k začátku těhotenství. Žena se musí vyvarovat kořeněným a tučným pokrmům. Je rozumnější jíst méně, ale pravidelněji. Pokud těhotná zvrací velmi často a ztrácí na váze, je třeba tento stav konzultovat se svým lékařem. Někdy může dojít k tzv. *hyperemesis gravidarum*, což je stav vyžadující hospitalizaci těhotné a další řešení dle aktuálního stavu. (Slezáková, 2011, s. 149)

1.4.2.2 II. trimestr

Změny v těle těhotné ženy ve *II. trimestru* začínají být patrné na první pohled. Začíná se zvětšovat obvod břicha. Horní část fundu děložního dosahuje k pupku. Příjemnou změnou je pro ženy období, kdy začínají cítit první pohyby. Prsy se zvětšují a v důsledku kožních změn dochází k hyperpigmentaci prsních bradavek. V oblasti pupku, až ke sponě stydké, se tvoří pigmentovaný pruh *linea fusca*. Jde o zcela fyziologický jev, který vymizí v průběhu šestinedělí. Mohou se již začít tvořit těhotenské prasklinky-*strie*, kterým se dá v jisté míře předejít používáním vhodné kosmetiky.

(Stadelmann, 2001, s. 73; Slezáková, 2011, s. 149)

Mezi další těhotenské obtíže patří zácpa a nadýmání. Díky hormonu progesteronu, který organismus ženy produkuje v nadměrném množství, může ovlivnit činnost střeva, jeho zpomalení. Proto je zapotřebí do jídelníčku těhotné zařadit listovou zeleninu, saláty a ovoce, tmavý chléb a mít dostatečný pitný režim. Na doporučení lékaře může použít některé přípravky k úpravě vyprazdňování. V těhotenství může být nepříjemné i zvýšené pocení, které se nedá léčebně ovlivnit, pouze zlepšit komfort např. častějším sprchováním i několikrát za den. Bolesti v zádech se projevují od pátého měsíce, u některých žen i dříve. Hmotnostní přírůstek má vliv na držení páteře a těhotenské hormony způsobí uvolnění vazivového aparátu, hlavně u páteře a pánve. Doporučením porodní asistentky je odpočinek, teplé obklady, sprcha, úlevové polohy a cvičení, pokud to zdravotní stav ženě dovolí. V důsledku hormonálních změn u ženy může mít těhotná nepříliš hojný bělavý a nepáchnoucí výtok z pochvy. Nesmí se ovšem zaměřit s odtokem vody plodové. Proto, pokud žena cítí jakýkoliv diskomfort, obrací se na porodní asistentku nebo svého lékaře. Jestliže je výtok dráždivý, nepříjemný, má jiný charakter zabarvení, lékař odebere vzorek na kultivaci z pochvy a podle citlivosti předepíše těhotné vhodnou medikaci. Žena dbá na zvýšenou hygienu, používá bavlněné prádlo a vhodné vložky. Nevolnosti a mdloby, které jsou způsobené změnami krevního tlaku nebo snížením hladiny cukru v krvi, jsou také dost častým jevem. Těhotná musí z leže vstávat postupně. Spát by měla převážně na levém boku a měla by se vyhýbat dlouhému stání. Syndrom *vena cava inferior* je syndrom vzniklý v důsledku útlaku dolní duté žíly, tíhou těhotné dělohy. Proto se těhotná vyvaruje ležení na zádech. Potíže jako krvácení z nosu a dásní je častým problémem v těhotenství. Dásně jsou křehčí a krvácí při běžném čištění zubů. Během těhotenství není povinná návštěva zubního lékaře.

(Pařízek, 2002, s. 93; Hymasová a kol., 2012, s. 32)

1.4.2.3 **III. trimestr**

Ve *III. Trimestru* je těhotná žena už snadno unavitelná, je to v důsledku velké zátěže na organismus. Ke konci těhotenství může žena trpět nespavostí. Důležitá je vhodná relaxace těhotné.

Další potíže mohou být bolesti v podbříšku, v tříselech, bedrech a také i v oblasti rodidel. Lékař vnitřním vyšetřením zjistí, zda nedochází k dilataci děložního hrdla. Pomocným vyšetřením v diagnostice předčasného porodu se používá cervikometrie a stanovení cervix skóre. Dle doporučení lékaře žena užívá preparáty s magneziumem a dodržuje klidový režim. V případě nutnosti je hospitalizována.

V období okolo termínu porodu se můžou objevit *dolores praesagientes* (poslíčky), jde o nepravidelné děložní kontrakce, bez otevíracího efektu.

Pyróza (pálení žáhy) - příčinou obtíží je uvolnění svěrače žaludku, vlivem hormonu progesteronu dochází ke gastroezofageálnímu refluxu. Porodní asistentka doporučí ženě dostatek nedráždivých jídel a tekutin. Je lépe jíst v malých dávkách a častěji, po jídle vydržet vsedě alespoň 30 minut. Lékař ženě ordinuje léky na snížení pocitu kyselosti (antacida).

Dyspnoe - původem obtíží je děloha, která tlačí na bránici, stoupá spotřeba kyslíku. Tento stav se vyskytuje na konci gravidity. Důležitý je odpočinek těhotné a vyhnout se větší námaze.

Časté močení - ve III. trimestru sestupuje plod do malé pánve a utlačuje močový měchýř. Preventivním opatřením je dostatek tekutin. Při známkách infekce močových cest je potřeba neprodleně informovat lékaře.

Dolní končetiny: *varixy* - příčinou je částečně způsobená obstrukcí venózního návratu způsobená těhotnou dělohou a snížením cévního tonu. Porodní asistentka ženě vysvětlí, jak zmírnit obtíže související s otoky- elevace končetin, polohování na levém boku, vyloučení dlouhého stání a sezení a použití elastických punčoch. Žena užívá v některých případech léky dle ordinace lékaře. Důvodem *křečí v dolních končetinách* je dysbalance hladiny vápníku, fosforu a hořčíku, zvýšená krevní náplň a větší hmotnost dělohy. Doporučuje se doplnit minerály a extenze postižených svalů. *Otoky dolních končetin* - jedná se o zhoršený žilní návrat, po 20. týdnu těhotenství je větší objem krve.

Hemeroidy jsou způsobené zvýšením nitrobršního tlaku, prosáknutím a uvolněním vaziva stěny konečníku, ztížením odtoku žilní krve tlakem těhotné dělohy a posledním

faktorem i obstipace v těhotenství. Jako vhodné opatření se doporučují sedací koupele v dubové kůře, čípky a masti a samozřejmě i prevence zácpy.

Syndrom karpálního tunelu se projevuje bolestmi rukou, mravenčení v prstech nebo jejich necitlivostí. Příčinou je otok tkání, který utlačuje mediánní nerv v zápěstí. (Slezáková, 2011, s. 149; Pařízek, 2002, s. 93)

1.4.3 Psychologická a sociální specifika žen s vícečetným těhotenstvím

Období těhotenství je provázeno nejen somatickými, ale i psychickými změnami, a to i u žen s plánovaným těhotenstvím, žijících v harmonických partnerských vztazích. Tyto změny se projeví zejména v oblasti emocionality u těhotné ženy. Intenzita projevů změněné emocionality je závislá na povahových vlastnostech těhotné a také na jejím okolí. Těhotenství znamená pro ženu velkou životní změnu, jedná se o proces získání mateřské identity. Je to takový velký mezník v dosavadním životě ženy, takže je naprosto přirozené, že i přes pozitivní postoj k těhotenství se dostaví i negativní emoce. Jejich příčinou může být obava, zda je na novou roli připravena, pocit zodpovědnosti, či pocitu nedostatku vědomostí v péči o dítě apod. Je třeba vzít v úvahu i fakt, že žena se mění vzhledově a to se může projevit změnou sebepojetí k vlastnímu tělu. V období, kdy se žena stává matkou, přehodnocuje svoje dosavadní priority. Každé těhotenství je pro ženu jinou zkušeností a je pro každou těhotnou jedinečné. Kolísání nálad od euforie po deprese jsou typickými změnami psychiky v období těhotenství. Vyskytují se přehnané emoční reakce, plačtivost, podrážděnost, hyperkritičnost aj. (Vágnerová, 2000, s. 151; Zacharová, 2007, s. 98)

Tak stejně jako ze somatického, tak i z psychologického hlediska je možné těhotenství rozdělit do tří trimestrů. V prvním trimestru je žena zaměřena pouze na sebe a sleduje vlastní tělo. Úkolem prvního období je přijetí nové role těhotné. Typické jsou projevy rozladěnosti, nejistota a náladovost. Druhá psychologická třetina gravidity ženy začíná, když začne vnímat první pohyby plodu. V tomto období si plně začíná uvědomovat jejich existenci. Žena se většinou cítí dobře. Hranice mezi druhou a třetí

psychologickou třetinou je mezi obdobím, kdy se žena obává předčasného porodu a končí obdobím, kdy by chtěla porodit co nejdříve. Chování ženy v závěrečném období těhotenství je charakterizováno jako "*stavění hnízda*". Žena připravuje pro své budoucí potomky místo, které bude tvořit jejich domov. Obavy o osud těhotenství a strach z porodu na jedné straně, střídá obava ženy, kdy nastane den D, tedy termín porodu. (Roztočil, 2008, s. 103)

Stavy úzkosti jsou poměrně častým jevem. Úzkost bývá nejvýraznější na začátku a na konci těhotenství, uprostřed je období relativní stability. Na rozdíl od deprese je těhotenská úzkost podmíněna především psychogenně. Zejména u žen s vícečetným těhotenství, které je více zatíženo řadou změn. Pokud se ještě přidají komplikace v těhotenství, přináší to pro ženu stres a nejistotu. Nenáročnější pro ženu jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod. Velmi stresové jsou situace, kdy musí být žena hospitalizovaná. Ani přes veškerou snahu zdravotnického personálu nemůže pobyt v nemocnici nahradit domácí prostředí. Proto je hospitalizace těhotné zkrácena na dobu nezbytně nutnou. Těhotné ženy s rizikovým těhotenstvím jsou proto velmi úzkostné, plačtivé, může se u nich projevit deprese, regrese, apatie apod. Vše pramení z nedostatečného pocitu jistoty a bezpečí. Proto je zde úloha porodní asistentky nezastupitelná. Úkolem je schopnost naslouchat - slyšet to, co chce žena říct a přemýšlet o tom, proč to říká. A tím si utvořit ucelený pohled na danou situaci a adekvátně zareagovat. (Zacharová, 2007, s. 48; Štromerová, 2010, s. 15)

Během těhotenství prochází psychickými změnami i partner těhotné a její nejbližší rodina. Otec dítěte prochází také změnami identity, svým způsobem se mění jeho vztah k partnerce. U některých mužů dochází k syndromu "*couvade*", ten je popisován jako přítomnost somatických symptomů těhotných žen. Mezi nejčastější příznaky lze zařadit náhlý přírůstek váhy, gastrointestinálními symptomy a pokles chuti k jídlu. Příznaky většinou začínají ve 3. - 4. měsíci těhotenství a jejich výskyt postupně klesá. V posledních měsících těhotenství zase přibývají. Jde o somatické vyjádření úzkosti, které po porodu zase vymizí. (Roztočil, 2008, s. 103)

1.4.3.1 Předporodní příprava a edukace těhotných

V současné době probíhá hodně kurzů předporodní přípravy, které vedou zkušené porodní asistentky. Lekce jsou rozděleny do několika částí: období těhotenství, porod a prohlídka porodního sálu, šestinedělí, kojení a péče o novorozence. Předporodních lekcí se mohou zúčastnit i partneři. Ženy mají v průběhu těhotenství možnost si zvolit porodní asistentku, dulu nebo jinou osobu, která je doprovází u porodu. Dula funguje jako psychická podpora ženy, nemusí mít vždy zdravotnické vzdělání. Ženy potřebují více informací od zainteresovaných osob, důležitou roli hraje potřeba komunikace. Porodní asistentka edukuje ženy s vícečetným těhotenstvím v péči o samu sebe, jež podpoří zdraví matky a optimální vývoj plodů. Edukace probíhá v oblasti životního stylu, zdravé výživy, vhodné aktivity, potřebě spánku a odpočinku. Ženy – matky potřebují patřičné informace ohledně výživových, psychologických, imunologických a finančních výhod kojení pro předčasně a v termínu narozené novorozence. Porodní asistentka povzbuzuje ženu v kojení, zejména v její technice.³

1.5 Porod vícečetného těhotenství

Porod vícečetného těhotenství je zatížen vyšším rizikem předčasného porodu, než je tomu u jednočetné gravidity. Na vzniku předčasného porodu se podílí mnoho faktorů, především nadměrná dehiscence dělohy, zvýšený výskyt chorob v těhotenství a také hrozící hypoxie u plodů. Proto je důležitý včasný příjem rodičky do specializovaného centra. V současné době se v České republice nachází dvanáct perinatologických center, které mají odpovídající personální i technické zázemí. Předčasný porod do 32+6 týdne těhotenství probíhá v perinatologickém centru intenzivní péče. Porod mezi 33+0 - 36+6 týdne těhotenství se provádí na úseku intermediární péče v perinatologickém centru. Od 37. týdne těhotenství se porod vede na standartním porodním sále. U předčasného porodu je posunuta hranice indukce plicní zralosti do 34+6 týdne těhotenství. Také se zohledňuje, zda odtekla plodová voda.

³ Příloha – Polohy při kojení dvojčat

Po 33+0 týdnu těhotenství je na zvážení specialistů ukončení těhotenství do 72 hodin. Pokud to stav matky a plodu dovolí, preferuje se transport in utero do perinatologického centra. Pokud nejsou splněny podmínky pro převoz ženy, lze porod vést na porodním sále se zajištěním specializované péče. Současně se informuje neonatologická transportní služba perinatologického centra. Personální zabezpečení péče o ženu s vícečetným těhotenstvím spočívá v dostupnosti dvou porodníků, z nichž jeden musí mít nejvyšší specializaci v oboru. Dále lékaři se specializací nebo erudici v neonatologii, porodní asistentky, dětské sestry, anesteziolog a anesteziologická sestra. O každého novorozence se stará jeden tým. Ošetrovatelská péče vyžaduje určité organizační změny. Počet personálu se odvíjí od aktuálního stavu rodičky a plodů. (Leifer, 2004, s. 998; Hájek a kol., 2013, s. 24)

1.5.1 Vedení porodu dle doporučeného postupu v perinatologii

1.5.1.1 Způsob vedení porodu u dvojčetné gravidity

Vedení porodu u vícečetného těhotenství se odvíjí od gestačního stáří plodů, na odhadované hmotnosti plodů a jejich poloze. Těhotenství u bichoriálních a biamniálních dvojčat se plánovaně ukončuje nejpozději do 38+6 týdne. Monochoriální biamniální gemini se ukončují v rozmezí od 34+0 do 36+6 týdne těhotenství. Výjimkou jsou monochoriální monoamniální dvojčata, kde se těhotenství ukončuje per sectionem caesaream od 32+0 do 34+6 týdne těhotenství. Při poloze plodů podélné hlavičkou lze porod vést per vias naturales. Strategie vedení porodu se odvíjí od anamnézy, průběhu těhotenství a porodnické situace během porodu. Též se zohledňují předchozí operace na děloze. Důležitý je kontinuální monitoring obou plodů. Indikacemi k operačnímu způsobu vedení porodu jsou: kolizní poloha plodů - buď varianta první plod v poloze podélné koncem pánevním (PPKP) a druhý plod v poloze podélné hlavičkou (PPHL), nebo poloha obou plodů v PPKP. Mezi další indikace patří situs transversus u jednoho nebo obou plodů, císařský řez v anamnéze a všeobecně platné indikace k ukončení

těhotenství a porodu císařským řezem.
(Pařízek, 2012, s. 171; Hájek a kol., 2013, s. 24)

1.5.1.2 Vedení porodu u trigemin a více plodů

Trigeminy se ukončují císařským řezem, nejpozději do 35+6 týdne těhotenství. Porod by měl být veden v perinatologickém centru intenzivní péče. U *quadrigemin* a vyšším počtu plodů se těhotenství ukončuje per sectionem caesaream. Porod se ukončuje v perinatologickém centru intenzivní péče. (Pařízek, 2012, s. 173)

1.5.2 Ošetrovatelská péče o ženu během porodu dvojčat per vias naturales

Po přistoupení k vaginálně vedenému porodu dvojčat je zapotřebí zohlednit několik důležitých kritérií, mezi které patří poloha plodů, velikost plodů, délka gestace a kondice matky a plodů. Porod nastupuje začátkem pravidelných děložních kontrakcí, které vedou k progresi vaginálního nálezu. Frekvence děložních kontrakcí na začátku I. doby porodní nepřesahuje 1-2x/za 10 minut. Intervaly mezi kontrakcemi se postupně zkracují a kontrakce jsou intenzivnější a trvají déle. Někdy porod nastává spontánním odtokem plodové vody. Jestliže děložní kontrakce nenastanou do 18 hodin po odtoku plodové vody, je třeba aplikovat antibiotika k prevenci infekce. Všechna pravidla jsou určena v platných doporučených postupech vydané ČPGS.⁴ (Unzeitig, 2013, s. 230)

Na začátku porodu lékař provede zevní a vnitřní vyšetření, zkontroluje polohu plodů v děloze a zkontroluje jejich viabilitu. K vyšetření se používá ultrasonografie. Úkolem porodní asistentky je doplnit anamnézu, zaznamenat průběh porodu před přijetím na porodní sál, změřit krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a hmotnostní přírůstek těhotné. Pokud má těhotná podezření na odtok vody plodové, provede porodní asistentka zkoušku pomocí Temesvaryho činidla. Další pozornost věnuje porodní asistentka klinickému a monitorování plodů v děloze. Monitoring plodů provádí porodní

⁴ Příloha – Doporučené postupy s vedením porodu u vícečetné gravidity

asistentka na CTG přístrojem, který má dva výstupy pro monitorování dvojčat. Vstupní monitoring plodů se dělá hned na příjmu porodního sálu. Zevní sonda může snímat srdeční frekvenci rodičky nebo ozvy druhého plodu, proto je nutné kontrolovat pulz matky na arteria radialis a pečlivě sledovat křivku na monitoru. Úlohou porodní asistentky je sledovat somatický a psychický stav rodičky. Mnoho rodiček v současné době nosí s sebou vypracovaný porodní plán, což jsou vlastně přání a představy ženy o průběhu porodu. Je dobré, když si lékař a porodní asistentka s rodičkou hned na počátku vysvětlí a ujasní, které přání lze splnit a které k danému stavu lze splnit jen do určité míry. Veškeré obavy většinou pramení z nedostatečné informovanosti ze strany zdravotníků. Přínosem je, když do porodnice chodí dobře informované rodičky. Proto by měly těhotné navštěvovat předporodní kurzy, kde je i mimo jiné cílem seznámit ženy s prostředím, kde budou родit. Po administrativní části přijetí následuje přípravné období. Porodní asistentka ženu oholí a podá klyzma nebo mini klyzma, dle zvyklostí pracoviště. Po důkladně provedené hygieně žena přejde na porodní box. Porodní asistentka rodičku seznámí s režimem na porodním sále a způsobem, jak si přivolá pomoc v případě potřeby.

(Kameníková a kol., 2003, s. 14; Měchurová, 2012, s. 63)

1.5.2.1 I. doba porodní

V průběhu *I. doby porodní* sleduje porodní asistentka děložní kontrakce, jejich pravidelnost, intenzitu a délku mezikontrakčního období. Jedním ze základních pravidel u porodu dvojčat je nedovolit protražovaný porod. Děložní kontrakce u vícečetného těhotenství jsou slabší než u jednočetného těhotenství, proto je vhodné aplikovat uterotonika dle ordinace lékaře. Bolest rodičky sledujeme v souvislosti s kontrakcemi, snahou je ulevit od bolesti nejprve nefarmakologickými prostředky. Mezi ně patří pomoc rodičce zaujmout úlevovou polohu, seznámit ženu s relaxačními technikami, masážími zad, kde je možné zapojit i partnera u porodu. Podle zvyklostí pracoviště a přání rodičky je možné použít i jiné alternativní metody tlumení bolesti v *I. době porodní*. Bolest lze ovlivnit medikamentózně, ale u porodu dvojčat se více doporučuje zajistit epidurální analgezií. Porodní asistentka zajišťuje kontinuální monitoring plodů

během porodu. Mezi další ošetrovatelskou činností porodní asistentky patří sledování progresu nálezů na hrdle děložním a vstupování hlavičky do porodních cest, hodnocení množství a kvality plodové vody. A v neposlední řadě také kontroluje somatický stav rodičky, monitoruje fyziologické funkce, zaměřuje se na obtíže spojené s porodem, hlavně vyprazdňování močového měchýře. Porodní asistentka sleduje účinky epidurální analgezie a jiné podané medikace. Při vaginálním porodu dvojčat musíme myslet na možné komplikace, které mohou ovlivnit další průběh porodu. Proto by měla mít porodní asistentka u rodičky zajištěné dva venózní vstupy. Jak již bylo uvedeno, k porodu dvojčat je nutné mít kardiokotograf pro dvojčata nebo dva přístroje pro monitoring plodů. Dalším nezbytným vybavením je ultrazvuk, pro ověření polohy plodů. K porodu novorozenců musí porodní asistentka připravit dva porodnické balíčky a mít připravený vyhřívaný box pro ošetření novorozenců. Porod vede zkušený tým, který se skládá ze dvou porodníků, dvou porodních asistentek, jednoho až dvou neonatologů a ev. anesteziologa. Důležitým členem týmu je sama rodička, která je řádně poučená a spolupracující.

(Pařízek, 2012, s. 172; Kameníková a kol., 2003, s. 14)

1.5.2.2 II. a III. doba porodní

V *II. době porodní*, kdy dojde k porodu plodu A, lékař podváže pupečník a novorozence předá k prvnímu ošetření. Dále si pak ověří polohu plodu B a jeho stav. U porodu druhého plodu je třeba držet hrany děložní, aby nedošlo ke změně polohy plodu. Aktivní vedení *III. doby porodní* se provádí až po porodu hlavičky plodu B. Doba mezi porodem plodu A a B nesmí přesáhnout 60 minut, po uplynutí intervalu se porod musí ukončit za kontinuální monitorace srdeční akce plodu. Důraz je kladen na řádné označení plodů po porodu. Po odloučení placent se kontroluje jejich celistvost. Všechny odebrané vzorky krve musí být řádně označené. Po porodu lékař zreviduje a ošetří porodní poranění, provede suturu případné episiotomie. Porodní asistentka změní fyziologické funkce, sleduje krvácení a výšku děložního fundu. První močení by měla žena zvládnout do dvou hodin po porodu. První vstávání nedělký se řídí dle stavu ženy

s přihlédnutím na způsob vedení porodu a zvyklostmi na daném pracovišti. (Lomíčková, 2003, s. 173)

1.5.2.3 IV. doba porodní

Čtvrtá doba porodní je pro ženu ideální čas pro navázání prvního kontaktu se svými dětmi. Pokud nejsou u ženy ani u dětí nějaké komplikace, snahou zdravotnického personálu je zajistit bonding hned po porodu. (Mrowetz, 2011, s. 216)

1.5.3 Přístup porodní asistentky u porodu per sectio cesaream

Císařský řez je porod chirurgickou cestou, kdy se provádí řez s přístupem přes břišní stěnu a dělohu. Může probíhat plánovaně nebo za porodu akutně. Průběh operačního zákroku bývá za různých okolností podobný, ale při neodkladném řezu se zkracuje doba přípravy. Císařský řez má svá určitá rizika jak pro matku, tak i pro plody. (Doležal, 2007, s. 244)

1.5.3.1 Plánovaný císařský řez

Při *plánovaném císařském řezu* musí mít těhotná kompletní předoperační vyšetření, které si zajišťuje cestou přes svého obvodního lékaře. Jde o souhrn krevních vyšetření - biochemických, dále se zkoumá krevní obraz, koagulace, KS + Rh faktor, protilátky, dělá se vyšetření moči a EKG. Odborný lékař pak zhodnotí veškeré vyšetření a celkový stav těhotné ženy. Bezprostřední předoperační péče se týká oholení operačního pole, vyprázdnění, edukace těhotné ohledně stravy. Dalším krokem je sundání šperků, odlíčení, případně vyndání protézy. Anesteziolog rozhoduje o premedikaci, prevenci TEN (= tromboembolické onemocnění) a způsobu vedení anestezie. Od půlnoci těhotná nesmí jíst a pít (ani kouřit). Po důkladné hygieně zůstává již žena na lůžku. Porodní asistentka zavede těsně před odjezdem na operační sál těhotné močový katetr, pomůže jí obléknout kompresivní punčochy. Podle zvyklostí oddělení a potřeby z důvodu podání medikace zajistí žilní vstup. Během celé předoperační přípravy je samozřejmá kontrola ozev plodů a psychická podpora těhotné ženy. Porodní asistentka aplikuje premedikaci

dle ordinace lékaře a odváží ženu spolu s řádně vyplněnou dokumentací na operační sál. (Leifer, 2004, s. 208)

1.5.3.2 Akutní císařský řez

Při *akutním císařském řezu* je postup předoperační přípravy shodný jako u plánovaného výkonu. Jen doba trvání je časově omezena, krevní odběry se posílají ve statimovém režimu. Ošetrovatelská péče zahrnuje provedení požadovaných odběrů, aplikaci léků, předoperační poučení ženy a přípravu k operačnímu zákroku. Až do poslední chvíle, než začne samotná operace, je nutná monitorace ozev plodů. Porodní asistentka v rámci časových možností ženu psychicky podporuje. (Leifer, 2004, s. 208)

1.6 Průběh šestinedělí s vícečetným těhotenstvím

Šestinedělí neboli puerperium je období šesti týdnů, které začíná porodem placenty. Žena je od té chvíle nazývána "nedělkou". Jde o velmi extrémní období života ženy, kdy dochází k mnohým bio-sociálním i psycho - sociálním změnám. Šestinedělí se dělí na dvě období: časné neboli rané, trvající prvních sedm dní po porodu a období pozdní, které končí 42. dnem. Pokud šestinedělí probíhá bez komplikací a nevyskytne se žádná patologická změna, jedná se o pravidelné (fyziologické) šestinedělí⁵. Jestliže nastane jakákoliv komplikace, (zvýšené krvácení, známky zánětu, hojení episiotomie per secundam a jiné), mluvíme o nepravidelném (patologickém) šestinedělí. (Koudelková, 2013, s. 19; Čepický a kol., 2003, s. 155)

Jde o období, kdy v organismu ženy dochází k velkým involučním změnám, které se týkají zejména reprodukčního systému. Tělo nedělky se dostává anatomicky a funkčně na předporodní úroveň. Involuční změny pohlavních orgánů v šestinedělí jsou nejvýraznější na děloze, dále se týkají děložního hrdla, vagíny, oblasti perinea a prsů.

⁵ Příloha – Fyziologické změny v šestinedělí

V organismu ženy dochází i k celkovým změnám, které jsou viditelné na jednotlivých orgánech. Progresivními změnami, kdy dochází k rozvoji funkcí orgánů, které byly v období těhotenství v klidu, jsou především nástup laktace a kojení. (Roztočil, 2008, s. 127)

1.6.1 Ošetrovatelská péče u žen v období šestinedělí

Ošetrovatelská péče po porodu je nezbytně nutná jak u žen po spontánním porodu, tak u žen po císařském řezu.

1.6.1.1 Ošetrovatelská péče u žen po spontánním porodu

Ošetrovatelská péče u žen po spontánním porodu probíhá na šestinedělí. Porodní asistentka zkontroluje u ženy po příjezdu na oddělení výšku děložního fundu, zavinití dělohy a krvácení. Změří krevní tlak, pulz a teplotu. Dle ordinace lékaře PA zajistí ženě dostatek tekutin a stravu. PA sleduje močení ženy po porodu, někdy je první močení spojeno s prvním vstáváním ještě na porodním sále, podle zvyklostí pracoviště žena může vstávat třeba až na oddělení. V případě, že se žena nevymočí, musí PA ženu vycévkovat. Při prvním vstávání nedělkou je přítomná PA z důvodu možného kolapsu ženy. Nedělkou provádí ve sprše kompletní hygienu. PA edukuje ženu o nutnosti dodržování celkové hygieny, o hygieně rukou, používání vhodných přípravků k mytí rodidel, seznamuje ji s péčí o epiziotomii, o potřebě větrání rány, o vhodnosti bavlněného prádla, používání porodnických vložek a jejich časté výměně. Dále PA vysvětlí ženě, jak pečovat o prsy, jaké používat přípravky v případě bolestivých a poraněných bradavek. Dle zvyklostí pracoviště PA nebo dětská sestra vysvětlí a předvede ženě správnou techniku kojení. Žena s dvojčaty si zaslouží větší pomoc a podporu při kojení, protože péče o dvě děti je mnohem náročnější než u jednoho dítěte. Doporučuje se kojit obě děti najednou. Snahou zdravotnického personálu je nedělkou emocionálně podpořit. V dalších dnech po porodu PA kontroluje dál výšku děložního fundu a zavínování dělohy, krvácení (lochia) a měří fyziologické funkce dle ordinace lékaře. PA zajišťuje podávání léků nebo odběry krve dle ordinace lékaře. Dále sleduje odchod stolice a edukuje ženu o správnosti hygieny po každém močení a stolici.

Veškeré údaje jsou pečlivě zapsány do zdravotnické dokumentace. (Leifer, 2004, s. 237; Čepický a kol., 2003, s. 78)

1.6.1.2 Ošetrovatelské péče o ženu po císařském řezu

Úkolem PA je uložit ženu do předem vyhřátého lůžka a připevnit ženě elektrody EKG, saturační čidlo a manžetu na měření krevního tlaku. Na monitoru PA sleduje fyziologické funkce a zapisuje do dokumentace. Ženě omyje rodidla, přiloží vložky a kontroluje krvácení. Další péče spočívá ve sledování prosakování operační rány, funkčnosti Redonova drénu, jeho obsahu a množství. Důležitá je kontrola bilancí tekutin, průchodnost močového katetru, sleduje množství a barvu moče. PA pečuje o žilní vstupy, aplikuje léky, zajišťuje infuzní terapii a odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře. Monitoruje bolest u nedělky a napomáhá ženě ulevit od bolesti nefarmakologickými a farmakologickými prostředky. PA edukuje ženu o včasné mobilizaci, nácvičku vstávání z lůžka a hygieně při prvním vstávání. Po extrakci močového katetru PA sleduje výdej tekutin a zapisuje čas prvního močení. Dále kontroluje odchod stolice i plynů. PA zjistí vhodnou stravu a tekutiny dle ordinace lékaře. V dalších dnech spočívá péče PA v kontrole krvácení, zavinování dělohy a kontroly očístků, hojení rány per primam a kontroly vyprazdňování. Také v měření fyziologických funkcí, odběrů krve, odstranění žilního vstupu a Redonova drénu dle ordinace lékaře. PA podporuje ženu po psychické stránce. (Koudelková, 2013, s. 103; Leifer, 2004, s. 237)

1.7 Klasifikace potřeb

Hlavním znakem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a uspokojování potřeb zdravého a nemocného člověka. Tyto potřeby jsou uspokojovány formou ošetrovatelského procesu. Holistický pohled na člověka vyplývá ze vzájemné interakce jednotlivých biologických, psychických a sociálních složek. Lidský organismus je brán jako integrovaná a organizovaná jednota. Každý člověk je individuus, které má svoje jedinečné vlastnosti, myšlenky, postoje a potřeby. (Trachtová, 2001, s. 9)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku a chybění, vyjadřuje stav narušené vnitřní rovnováhy organismu (homeostázy) neboli stav fyziologického deficitu. Jde o základní formu motivu, která podněcuje a usměrňuje chování a činnost jednotlivce k dosažení určitého cíle. Je zdůrazňována jednota vnitřního a vnějšího okolního světa. Lidské potřeby se mění a vyvíjejí. Každý jedinec projevuje a uspokojuje svoje potřeby svým jedinečným způsobem.

(Tomagová a kol., 2008, s. 14; Trachtová a kol., 2001, s. 10)

První skupinu zahrnují biologické potřeby člověka, které odpovídají fyziologickým podmínkám organismu, jejich uspokojování je nezbytné pro život. Druhou skupinou jsou potřeby psychické, sociální a duchovní, které přímo nesouvisí s existencí jednotlivce, ale jejich uspokojování vede k rozvoji osobnosti. (Tomagová a kol., 2008, s. 15)

1.7.1 Florence Nightingaleová

Florence Nightingaleová patří k výrazným osobnostem světového ošetřovatelství, která po celý svůj život podporovala vzdělávání sester. Na tehdejší dobu začala provádět mnoho úspěšných revolučních změn v oblasti zdravotnictví. Nightingaleová zavedla signalizační zařízení pro pacienty, teplou vodu v každém patře nemocnice, pavilonový typ zařízení apod. Velký přelom nastal v jejím životě v období Krymské války, kde pracovala ve vojenské nemocnici. Založila první ošetřovatelskou školu a popularizovala myšlenku systematického vzdělávání sester. Mezi další její zásluhy patřila změna organizace poskytování ošetřovatelské péče podle skupin pacientů. Nightingaleová se zasloužila o rozvoj ošetřovatelství v oblasti vědy a výzkumu a je právem pokládána za zakladatelku ošetřovatelství. (Plevová, 2011, s. 28)

1.7.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Teorii potřeb se zabíral Abraham. H. Maslow, americký humanistický psycholog. V publikaci *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu* autorka Eva Trachtová uvádí: „Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie

potřeb⁶. Zdůrazňuje těsné propojení filozofie a psychologie. Tento hierarchický organizovaný systém potřeb se rozděluje na *potřeby fyziologické*, ty se objevují při porušení homeostázy, jde o potřeby, které slouží k přežití. V momentě, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantní a tím ovlivní chování jedince. Mezi další potřeby patří *jistota a bezpečí*. Důraz je kladen na vyvarování se stavu ohrožení. Člověk má touhu po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. *Potřeba lásky a sounáležitosti*, někdy se také nazývá *potřeba afilační*. Je to potřeba milovat a být milován, která vystupuje v situacích, kdy je člověk osamocený a opuštěný. *Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty* vyjadřuje přání výkonu, kompetence, nezávislost na úsudku druhých a touha po respektu druhých. Poslední jsou *potřeby seberealizace, sebeaktualizace*. Maslowova klasifikace potřeb se rozděluje na vyšší a nižší potřeby. Metapotřeby, nebo také potřeby růstu, se řadí k vyšším potřebám a označují různé specifické tendence seberealizující se osoby.“ (Trachtová a kol., 2001, s. 13)

1.7.3 Teorie potřeb dle modelu Hendersonové

Teorií potřeb v ošetřovatelství se zabírala Virginie Hendersonové, americká sestra. Model Hendersonové patří v širší kategorizaci mezi modely a teorie, které se zaměřují na posuzování klienta z pohledu hierarchie potřeb a také z pohledu funkce sestry. V užší kategorizaci ošetřovatelských modelů a teorií je model Hendersonové zařazen mezi humanistické modely a nazývá se „Teorie základní ošetřovatelské péče“. Cílem ošetřovatelství je nezávislost klienta v uspokojování potřeb, kdy duše a tělo tvoří jeden celek a rodina je neoddělitelnou součástí. Role sestry je v udržení nebo navrácení nezávislosti klienta při uspokojování vlastních potřeb. Podle metaparadigmatické koncepce Virginie Hendersonové je osoba nezávislá celistvá bytost, která je tvořená čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální). Tyto složky zahrnují čtrnáct elementárních potřeb, které si jedinec uspokojuje individuálním způsobem. (Pavlíková, 2006, s. 50)

⁶ Příloha – Maslowova hierarchie potřeb

2 Metodika

2.1 Cíl práce

Analyzovat biopsychosociální potřeby žen s vícečetným těhotenstvím během těhotenství, porodu a v období po porodu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou biopsychosociální potřeby žen s vícečetným těhotenstvím během gravidity?
2. Jaké jsou biopsychosociální potřeby žen s vícečetným těhotenstvím během porodu?
3. Jaké jsou biopsychosociální potřeby žen s vícečetným těhotenstvím v období po porodu?

2.3 Použitá metoda

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla zvolena forma kazuistiky. Ke sběru dat byla použita kvalitativní metoda - individuálního nestandardizovaného rozhovoru. Cílem rozhovoru bylo zjistit, jak ženy s vícečetným těhotenstvím prožívají svoje těhotenství, porod a období po porodu. Celý rozhovor byl zaměřen na biopsychosociální potřeby u žen s vícečetným těhotenstvím ve všech třech obdobích. Rozhovory probíhaly individuálně - v ÚPMD Podolí. Oběma respondentkám byla zaručena anonymita. Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány pomocí audiovizuální techniky.

Jako druhotný zdroj informací byla použita lékařská a sesterská dokumentace. Souhlas s rozhovorem a nahlížením do zdravotnické dokumentace byl podepsán jak respondentkou⁷, tak i náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v ÚPMD Podolí⁸.

⁷ Příloha 8

⁸ Příloha 7

2.4 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat potřebných pro zpracování výzkumu probíhal v březnu a dubnu 2014 v ÚPMD Podolí v Praze. K výzkumnému šetření byly osloveny dvě ženy, které splňovaly podmínky pro dané téma. Ženy byly kontaktovány osobně autorkou v ÚPMD v Podolí. Výběr byl záměrný, proto musel splňovat tyto atributy:

- souhlas s rozhovorem,
- souhlas s nahlížením do sesterské a lékařské dokumentace,
- vlastní prožití vícečetného těhotenství,
- jedna žena primipara,
- jedna žena sekundipara.

3 Výsledky

3.1 Kazuistika I

3.1.1 Anamnéza

Paní Alena V. je 36 - letá žena, primigravida / primipara. Těhotenství bylo plánované a dlouho očekávané.

Paní Alena V. začátek těhotenství popisuje takto: *„To, že jsem těhotná, jsem zjistila pomocí gravitestu po vynechání menstruace. Nikomu jsem nic neřekla a za pár dní jsem si ho udělala znova. Opět vyšel pozitivní. Chtěla jsem manžela překvapit dobrou večeří a sdělit mu sladké tajemství. Nakonec jsem byla překvapená i já, když jsem vyšla od pana doktora s tím, že čekáme miminka dvě. Na IVF jsme se s panem doktorem domluvili, že bychom chtěli zavést dvě embrya, když se to na poprvé nepovedlo. A teď to konečně vyšlo, čtyři roky jsme čekali na miminko. Na ultrazvuku mi bylo potvrzeno, že tam skutečně jsou dva plody. Vzala jsem manžela s sebou na vyšetření, aby se taky na ty naše děti podíval. Byl překvapený, ale strašně šťastný. Jako správný chlap hned začal uvažovat nad tím, jak to uděláme s financemi, abychom měli dost místa, kam s postýlkami atd.“*

Rodinná anamnéza je zcela bez zátěže, v dětství prodělala běžné dětské onemocnění, nikdy se neléčila s žádným onemocněním, operace a úrazy neguje. Trvale žádnou medikaci neužívá, pouze v těhotenství má doporučený preparát železa – Aktiferin. Alergii žádnou neudává, ani jí nikdy nebyla podána krevní transfuze. Krevní skupina je O Rh pozitivní, protilátky v těhotenství nezjištěny. Abusus alkoholu, drog a nikotinismus popírá.

Paní Alena V. je vdaná a společně se svým manželem bydlí v bytě v Praze. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Paní pracuje jako obchodní zástupce, nyní je na mateřské dovolené.

Paní Alena V. neužívala hormonální antikoncepci. Dle gynekologické anamnézy byla dosud zdravá, kolposkopie a cytologie v normě, operace na děložním čípku neguje,

herpes genitalis ani záněty pochvy neměla. První menses začala v 16 letech, cyklus byl pravidelný, nebolestivý s periodou 28 / 5 dní krvácení. Poslední menstruace byla 4. 7. 2013, termín porodu byl stanovený na 10. 4. 2014. Termín podle ultrazvukového vyšetření v I. trimestru byl stanoven na začátek dubna.

Nynější těhotenství vzniklo po IVF. V prvním cyklu bylo zavedeno jedno embryo, těhotenství se nepotvrdilo. U druhého cyklu byla zavedena dvě embrya a embryotransfer byl úspěšný. Jedná se tedy o dvojčetné těhotenství – gemini bichorialis biamnialis. Období celého těhotenství proběhlo bez komplikací. Pacientka absolvovala všechna vyšetření, která byla v pořádku. Vzhledem k vícečetné graviditě byla paní Alena pouze častěji sledovaná v prenatalní poradně. Hospitalizovaná v průběhu těhotenství nebyla.

Paní Alena V. se k průběhu těhotenství vyjadřuje takto: *„Vlastně to bylo strašně hezké období. Pořád jsem jenom jedla, spala a hodně odpočívala. Na začátku těhotenství mně bylo divně od žaludku, občas jsem zvracela, ale to je úplně normální. V době, kdy jsem začala cítit první pohyby, to bylo velmi zvláštní. Nejdřív to bylo jen takový divný pocit v břiše, ale později jsem cítila takové lechtání tu a tam. Čím pak byly děti větší, ty pohyby byly mnohem intenzivnější, až někdy skoro bolestivé. V prvním trimestru jsem toho moc nesená, jak mi nebylo dobře, ale pak jsem to dohnala. Když mi bylo špatně, zkusila jsem osvědčenou kolu a docela to zabralo. Během těhotenství jsem přibrala 23kg. Měla jsem takové ty těhotenské chutě, měla jsem moc ráda sendviče, hroznové víno, čokoládu a to jsem mohla jíst pořád. Co jsem během těhotenství rozhodně nemohla, byly sýry různého druhu. Pak jsem měla problémy si dojít na toaletu, byla jsem vzedmutá, bylo to nepříjemné. Časem se mi udělaly hemeroidy, to mi snad vadilo nejvíc. Jak jsem přibývala na váze, začaly mě trápit bolesti zad. Ke konci těhotenství jsem se už skoro nemohla ani hnout, vymýšlela jsem různé polohy, abych těm zádům trochu ulevila. Docela dobrý byl ten polštář s kuličkami, dal se vytvarovat zrovna tak, jak bylo potřeba. Pak už se mi ke konci těhotenství špatně spalo, často jsem se probouzela a chodila na toaletu. Ráno jsem pak vstávala pěkně unavená. Na zádech jsem ležet nemohla, jednou se mi udělalo špatně a pak už jsem to víc nepokoušela. Trápily mě varixy dolních končetin, pan doktor mi*

doporučil elastické punčochy. O otokách ani nemluví, měla jsem pocit, že jsem byla oteklá snad úplně všude. Do bot jsem se nevešla, nosila jsem jen takové pohodlné, rychle nazouvací boty. Pak jsem měla i oteklé ruce a v prstech jsem cítila takové mravenčení. Často jsem se zadýchávala, kolikrát jsem se na schodech nebo při procházce musela zastavit a odpočinout si. Připadala jsem si dost nemotorná, jak jsem měla velké břicho, nebyla jsem schopná se už pořádně ani umýt nebo obléknout. Manžel mi pak musel pomáhat, bylo to legrační. Zase jsem si připadala jako malé dítě. Dokonce mi i potíral břicho takovým krémem proti striím. Bohužel mi to moc nepomohlo, těch strií jsem měla opravdu dost, to mi trochu vadilo. Ještě že jsem byla během těhotenství doma a nemusela jsem nikam jezdit. Celý svůj den jsem strávila tak, jak mi to vyhovovalo. Chodila jsem na procházky, občas jsem zašla na gravidjógu, tedy to bylo spíš na začátku těhotenství. Když byl manžel doma, chodili jsme na plavání, to mi dělalo moc dobře na záda i břicho. Na předporodní kurzy jsem nechodila, všechno jsem si přečetla na internetu. Spíš jsem si říkala, jak to vůbec všechno zvládnou, jak obstarám obě děti najednou. Naštěstí jsem měla hodnou maminku, která mi přislíbila pomoc.“

Na dotaz, jak se paní Alena připravovala na příchod dětí, odpovídá: „*Začali jsme s manželem všechno shánět dvakrát. Výběr kočárku nám dal asi nejvíc zabrat. Nabídka je celkem velká, ale já jsem měla určitou svojí představu. Musím říct, že celkově to bylo dost finančně náročné. Naštěstí nám pomohli i známí, kteří nám spoustu věcí pro začátek půjčili.“*

3.1.2 Katamnéza

Paní Alena V. ke způsobu vedení porodu dodává: „*Když jsem zjistila, že čekáme dvojčata, byla jsem zaskočená, ale šťastná zároveň. Člověk si ale rychle zvykne na to, že jsme vlastně tři. Měla jsem obavu, aby byly obě děti v pořádku. Celé těhotenství jsem přemýšlela nad tím, jak bych vlastně chtěla родit. Četla jsem pár knih a také hodně článků na internetu o vícečetném těhotenství. Jenže pak jsem zjistila, že mě to jen znervózňuje a výsledek žádný. Můj gynekolog byl jednoznačně pro císařský řez. Já jsem ale chtěla o svém porodu rozhodnout sama. Těhotenství proběhlo zcela bez problémů, holčičky rostly souměrně a kupodivu se jim dařilo dobře. Jenže jak se blížil konec*

těhotenství, začala jsem mít strach, abych se správně rozhodla, abych ten porod zvládla. Nakonec jsme se s manželem a s panem doktorem v nemocnici domluvili, že podstoupím plánovaný císařský řez. Lékař mi vysvětlil všechna rizika i výhody spojené s císařským řezem, měl se mnou trpělivost, protože jsem si připravila spoustu dotazů. Odcházela jsem s přesvědčením, že dělám to nejlepší, co můžu. Věřila jsem panu doktorovi, že mi řekl pravdu. Porodní asistentka mi dala domů výpis všech odběrů, které potřebuji k předoperačnímu vyšetření. Do průkazky mi dala lístek, kdy a kam se mám dostavit, co s sebou. Byla jsem jí vděčná, že mi to takhle napsala, protože to bylo takových informací naráz, že jsem z toho po chvíli už nevěděla vůbec nic.“

Dne 26. 3. 2014 v 11 hod přichází paní Alena k plánované hospitalizaci ve 38. týdnu těhotenství. Subjektivní stav klientky bez potíží, pohyby obou plodů cítí. Při vstupním vaginálním vyšetření je popisována klenba plná, snížená, mediosakrálně uložené 2 cm hrdlo pro špičku prstu prostupné, hlava plodu A naléhá na vchod pánevní, vak blan zachovalý. Ultrazvukový nález: plod A - poloha podélná hlavičkou, postavení pravé, akce srdeční pravidelná, euhydramnion, placenta na zadní stěně. Plod B - poloha podélná koncem pánevním, postavení levé, akce srdeční pravidelná, euhydramnion, placenta na přední stěně. Vstupní kardiokografické vyšetření je hodnoceno jako fyziologické. Předoperační vyšetření ve fyziologických mezích normy. Informované souhlasy s operačním výkonem a souhlasem s hospitalizací jsou podepsané vloženy do zdravotnické dokumentace. Pacientka má ordinovanou běžnou přípravu před operací. Porodní asistentka ženu seznámí s režimem oddělení, vysvětlí veškeré ošetrovatelské činnosti v rámci předoperační přípravy. Pacientka je poučena a s navrženým postupem souhlasí.

Paní Alena V. říká: „Den před tím, než jsem měla nastoupit k hospitalizaci, jsem byla nějaká nespávaná. Připravovala jsem si věci s sebou do porodnice, pak jsem manželovi chystala tašku s věcmi pro miminka. Měla jsem všeho plnou hlavu, nemohla jsem se na nic soustředit. V den nástupu do porodnice probíhalo všechno tak, jak mi říkala porodní asistentka v ordinaci. Na příjmu jsem odevzdala všechny doklady, co jsem měla mít s sebou. Po vstupních vyšetřeních mě porodní asistentka doprovodila na pokoj, ukázala mi, kam si můžu dát svoje věci a kde co najdu na oddělení. Na pokoji jsme byly

dohromady tři, nejdřív jsem chtěla nadstandard, ale nakonec jsem to neřešila. Byla jsem ráda, že si můžu s někým popovídat a alespoň mi to rychleji utíkalo. Co se přípravy před operací týče, tak co mě docela vadilo, bylo klyzma. No a potom ráno, když mi sestra zavedla močový katetr. Ale to už bylo těsně před odjezdem na sál, pak už mi to bylo jedno. V jednu chvíli se mě zmocnila panika, srdce mi tlouklo o sto šest, hrozně jsem se bála.“

Dne 27. 3. 2014 v 7.50 hod je pacientce ve spinální anestezii proveden císařský řez dle Gepperta, s kožním řezem dle Phannenstiela. V 7.55 hod je vybaven plod A, plodová voda je čirá. Novorozenec je ženského pohlaví s Apgar skóre 9 – 10 - 10 s váhou 2900 g. Zralý eutrofický novorozenec má dobrou poporodní adaptaci, bez zjevných známek vrozené vývojové vady. V 7.56 hod je porozen plod B, plodová voda je čirá. Novorozenec je ženského pohlaví, Apgar skóre je bodově hodnoceno 9 – 10 - 10 s váhou 3010 g. Děvče je zralé, eutrofický s dobrou poporodní adaptací a bez zjevné vrozené vývojové vady. Novorozenci jsou předány do péče pediatriů. Poté je provedena resekce pupečníku na vyšetření dle Astrupa. Následně je manuálně vybavena placenta, kontrola celistvosti, dutina děložní je revidována. Digitální dilatace hrdla děložního - pro prst prostupné. Následuje sutura hysterotomie Vicrylem, bez krvácení. Provedena toailetta dutiny břišní, jsou revidována adnexa. Peritoneum uzavřeno pokračovacím stehem, dále dle anatomických vrstev fascie a stěna břišní. Kůže je sešitá intradermálním stehem. Ukončení operace je v 8.20 hod, délka trvání operace je 30 minut.

Paní Alena V. se k průběhu porodu vyjadřuje takto: „*Když jsem jela na operační sál, byla ve mně malá dušička. Bála jsem se, co mě čeká, jestli budu cítit bolest. Naštěstí bylo všechno velmi rychlé, paní doktorka mi všechno vysvětlila, co bude teď probíhat, co potom. Ani samotný vpich do zad jsem pořádně necítila, jen takový zvláštní tlak. Co mi bylo trochu nepříjemné, tak moment, kdy jsem byla přivázaná k lůžku, takový divný pocit bezmoci. Věděla jsem, že to tak musí být. Lékaři se mnou po celou dobu komunikovali. Jediné, co mi bylo velmi nepříjemné, byly pocity na zvracení, hlavně potom, co byly už děti na světě. Také se ve mně mísily pocity strachu a zároveň radostného očekávání. Už jsem to celé chtěla mít co nejdřív za sebou. To, že čekáme*

holčičky, jsme s manželem věděli, takže jsem nebyla překvapená. Manžel čekal v předsádku, neměl odvahu jít se mnou a já jsem ho nenutila. Zprávu, že jsou holky na světě, mu sdělila paní doktorka, prý se dojetím rozplakal. Hned ho zajímalo, jestli jsem v pořádku a kdy nás může vidět.“

Po operaci je pacientce nechán Foleyův katetr, který odvádí čistou moč, diuréza je přiměřená. Dren nebyl zaveden. Krevní ztráta při operaci je 500 ml. Očistky samovolně odcházejí. Peroperačně je podán Cefazolin 2g – single shot.

Paní Alena V. je po operaci převezená na pooperační pokoj na oddělení šestinedělí. Pacientka má trvale monitorovány fyziologické funkce, kontrolu bilance tekutin, je zajištěna infuzní terapie, aplikace nízkomolekulárního heparinu a léčba bolesti. Ženě se pravidelně kontroluje retrakce dělohy, krvácení a krytí operační rány. Druhý den za pomoci porodní asistentky paní Alena V. vstává do sprchy a provádí hygienu. Poté je přeložena na nadstandartní pokoj, na šestinedělí.

Novorozenci jsou poprvé matce přiloženi k prsu odpoledne, co nejdříve po operaci. Sestra z novorozeneckého oddělení pak ženě pomáhá s příkládáním dětí k prsům v pravidelných intervalech. Oba novorozenci jsou adaptovaní a dobře sají z prsů.

Pacientka popisuje svoje pocity po porodu takto: „*Byla jsem plná dojmů a tak jsem nebyla schopná ani usnout, abych si odpočinula. Na pooperačním pokoji nás bylo víc, trochu mi tu chybělo soukromí. Ale tak jsem alespoň měla sestřičky na dosah, takže jsem si kdykoliv mohla říct o pomoc. Bylo mi řečeno, že musím ležet a moc se nehýbat. Bylo divné, když jsem necítila část těla. Chtěla jsem být statečná, a že si pokud možno neřeknu o nic na bolest, ale pak to už bylo potřeba. Ležela jsem do druhého dne do rána, to mi sestřička pomohla vstát a taky se trochu umýt. Nejdříve se mi motala hlava, ale pak jsem to zvládla a s dalším vstáváním to bylo lepší a lepší. Močovou cévku mi odstranili, než jsem šla na pokoj. Měla jsem obavu, abych se vymočila sama, naštěstí to proběhlo bez problémů. Sestřička mi vždycky přivezla holčičky na kojení. Bylo neuvěřitelné, jak byly šikovné hned na poprvé. Hned obě věděly, co mají dělat. Sestřička mi pomohla s příkládáním k prsům, šlo to docela samo.*

Paní Alena V. popisuje časné poporodní období a péči o novorozence slovy: „Na nadstandardním pokoji, kde jsem ležela, jsem byla sama, takže to byla výhoda. Návštěvy za mnou mohly kdykoliv, jenže byla jsem tak unavená a zaneprázdněná sebou a dětmi, že jsem nakonec polovinu z nich odmítla. Chtěla jsem klid a soukromí. Rána byla ještě citlivá a já jsem byla ráda za každou chvilku odpočinku. Na šestinedělí mě sestřičky naučily kojit obě děti najednou, za což jsem byla ráda. Potřebovala jsem pomoc s umístěním dětí na polštář. Zkoušela jsem i kojení každé zvlášť, je to samozřejmě pohodlnější, když se můžu věnovat jednomu a potom druhému dítěti. Uvidíme, co nám bude více vyhovovat. Zatím mléko mám, jestli to pak do budoucna bude stačit, to je otázka. Jsem připravená na to, že pokud budu jenom kojit, bude to fajn. Pokud bude mléka málo, přejdou na umělou výživu a nebudu si to vyčítat. Nestojím si za kojením za každou cenu. Prsní bradavky mám citlivé, trochu poraněné. Sestřička mi poradila, abych používala Bepanthenovou mast a prsy větrala. V průběhu hospitalizace jsem měla ještě kontrolní odběr, jestli mám dostatek železa. Ty hodnoty byly trochu snížené, ale já se cítila dobře. S transfuzí krve bych stejně nesouhlasila, to jsem paní doktorce taky řekla. Musela bych prý podepsat negativní reverz, ale to mi bylo jedno. Dětem se sledovala hladina bilirubinu, ale nebylo to nic závažného. Dětská paní doktorka říkala, že jsou holčičky moc šikovné, začínají pomalu přibývat na váze a brzo půjdeme domů. Tak doufám, že Adélka a Natálka nám budou dělat jen samou radost.“

3.1.3 Analýza a interpretace

Zjištění dvojčetné gravidity bylo pro paní Alenu V. milé překvapení. S manželem si dlouho přáli mít rodinu, ale bohužel na to zprvu nebyl z pracovních důvodů čas. Pak se o těhotnění dlouho spontánně nezadařilo. Proto paní Alena a manželem vyhledali pomoc u odborníků přes IVF, setkali se s velmi milým přístupem. Vzhledem k tomu, že poprvé byl embryotransfer, kdy bylo aplikováno jedno embryo, neúspěšný, tak se u dalšího cyklu domluvili, že si paní nechá zavést embrya dvě. Celkově je v dnešní době trendem zavádět embryo jedno, protože jak je známo, vícečetná gravidita je pro ženu velkou zátěží. Těhotenství je bráno jako rizikové z mnoha důvodů. Paní Alena V. byla

informovaná v centru umělého oplodnění o výskytu vícečetné gravidity, jaké komplikace takové těhotenství s sebou přináší. I přesto se manželé rozhodli, že toto riziko podstoupí. Vícečetná gravidita je pro matku náročnější než těhotenství jednočetné. Paní Alena V. sama uvedla, že jí trápily nevolnosti, hlavně zpočátku těhotenství, a tudíž nepřibývala na váze. Díky nadměrnému zvětšování dělohy dochází k mnoha potížím, ve smyslu útlaku srdce, zatížení oběhového systému, dochází k tvorbě varixů, otoků a hemeroidů. Žena měla těžkosti s dýcháním, jak paní Alena V. uvedla. Vzhledem ke zvětšující se děloze si žena ztěžuje na velké bolesti zad, které vyplývají ze změny těžiště těla. Celkově je těhotenství s dvojčaty obtížné a paní Alena V. byla velmi ráda za to, že mohla být v domácím prostředí po celé těhotenství, denní aktivity si přizpůsobila svému aktuálnímu stavu. Po psychické stránce dochází v důsledku hormonálních změn i k častým výkyvům nálad. Jak paní Alena popisovala, střídaly se u ní pocity strachu, obavy a celkově byla jak v těhotenství, tak i po porodu značně citlivá, až úzkostlivá. Podpora partnera byla pro ženu velmi důležitá. Paní Alena V. si zprvu přála родit spontánně, chtěla si o způsobu vedení porodu rozhodnout sama. Jenže lékař, ke kterému žena chodila v průběhu těhotenství, byl jednoznačně pro císařský řez. Paní Alena říká: *„Měla jsem takový pocit, že když pan doktor zjistil, že jsou miminka dvě, chtěl mě co nejrychleji předat do péče jinam. Působilo to na mě dojmem, že jsem pro něj příliš komplikovaná. Tak jsem hned na počátku těhotenství byla z přístupu zdravotníků zklamaná. Na doporučení jsem změnila gynekologa a byla jsem opravdu spokojená. Respektoval moje požadavky a vždy mi vše důkladně vysvětlil. Takže když jsme pak řešili otázku porodu, dospěli jsme k názoru, že pro mne bude císařský řez rozumnější variantou a já souhlasila.“* Podle předpokladů by měl být císařský řez bezpečnější volbou z hlediska plodů, operační řešení snižuje perinatální morbiditu. Na druhou stranu je potřeba vzít v potaz, že jde o operaci a s tím související vyšší mortalitou i morbiditou ze strany matky než u spontánního porodu. Je jasné, že v mnoha případech je operace nevyhnutelná. Podle očekávání u mnoha žen panuje představa, že císařský řez je metodou šetrnější ve všech směrech, méně bolestivý a psychicky méně zatěžující. Císařský řez u paní Aleny V. proběhl bez komplikací. Jen během operace měla divné pocity na zvracení, které potom ustoupily, bolest necítila. Období po porodu

proběhlo standardně. Pacientka neměla výrazné krevní ztráty, děloha byla správně retrahovaná a očištění odcházely. Pooperační komplikace se nevyskytly. Po vícečetném těhotenství, kvůli nadměrnému rozpětí dělohy se častěji u žen vyskytuje zvýšené krvácení nebo zpomalená subinvoluce děložní. To se naštěstí v případě paní Aleny V. nestalo.“ *Co bych chtěla budoucím i současným maminkám vzkázat? Nikdy nebudete připravená na to, co Vás čeká. Vždycky bude něco, co Vás překvapí. Je to naprosto úžasné období, tak si to nenechte nikým a ničím zkazit. A nebojte si říct o pomoc, rozhodně se není za co stydět.“*

3.2 Kazuistika II

3.2.1 Anamnéza

Paní Michaela L. je 34 - letá žena, sekundigravida a sekundipara. Těhotenství bylo plánované, avšak vícečetná gravidita byla velkým překvapením. Paní Michaela se k začátku těhotenství vyjadřuje takto: *„Druhé miminko jsme si s manželem přáli, dcera byla už dost velká, dost jsme tedy o tom přemýšleli. Užívala jsem řadu let hormonální antikoncepci, takže když jsem jí pak vysadila a menstruace se zpozdila, bylo mi jasné, že jsem těhotná. Ani jsem si nemusela dělat těhotenský test, abych to na sobě poznala. Hned od počátku mi bylo dost špatně od žaludku, bolela mne prsa. Můj gynekolog potvrdil, že jsem těhotná, jednalo se o 6. týden těhotenství. Pak mě odeslal do nemocnice, kde jsem podstoupila vyšetření krve a ultrazvukové vyšetření. Všechno bylo v pořádku, jen na ultrazvuku místo jednoho plánovaného miminka, byla miminka dvě. S takovou variantou ani jeden z nás nepočítal. Vyšli jsme z té vyšetřovny a mně se chtělo plakat. Musím se přiznat, že se mi hlavou honily různé myšlenky. Jedno miminko si nechat a o druhé přijít? Nebo jít na potrat a nemít ani jedno z těch dvou? Jak bych to mohla jen udělat? Bylo to moje největší životní dilema. Nakonec mi pomohl můj manžel, když viděl, jak těžce toto rozhodnutí nesu, podpořil mě a obě děti jsme si nakonec nechali. Jsem mu velmi vděčná.“* Na otázku, jestli se v rodině vyskytlo vícečetné těhotenství, paní Michaela odpovídá: *„V celém příbuzenstvu, ať již z manželovy nebo mojí strany, se žádná dvojčata nevyskytla. Byli jsme první v rodině.“*

Rodinná anamnéze je bezvýznamná, v dětství vážněji nestonala, úrazy neguje. V roce 2002 byla u pacientky provedena appendektomie. Trvale užívá Euthyrox 50 ug denně pro hypofunkci štítné žlázy. Magnesium a preparát železa – Sorbifer užívala pouze v nynějším těhotenství. Alergii neudává. Nikdy neměla aplikovanou krevní transfuzi. Krevní skupina je O Rh pozitivní, protilátky během gravidity nebyly zjištěny. Alkohol před těhotenstvím pila jen příležitostně, abusus drog neguje. Před graviditou kouřila cca 15 cigaret denně, v těhotenství nikotinismus popírá.

Paní Michaela L. je vdaná a společně se svým manželem a dcerkou bydlí v rodinném domku na pokraji Prahy. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Paní Michaela se svým manželem vlastní restauraci, o kterou se společnými silami starají.

Paní Michaela L. je sekundigravida / sekundipara. Její první těhotenství bylo v roce 2005, porod per forcepsem, ve 41. týdne těhotenství. Narodila se zdravá dcera 3650 g / 50 cm, kojená 6 měsíců. Potrat nebo umělé přerušování těhotenství neudává. Dle gynekologické anamnézy byla žena dosud zdravá, kolposkopie a cytologie v normě, operace na děložním čípku neguje, herpes genitalis neměla. Paní Michaela užívala hormonální antikoncepci. První menstruace byla v 13 letech, cyklus byl pravidelný, nebolestivý s periodou 32 / 5 dní krvácení. Poslední menstruace byla 7. 7. 2013, termín porodu byl stanovený na 13. 4. 2014.

Nynější těhotenství vzniklo po spontánní koncepci. Jedná se o dvojčetné těhotenství – gemini monochorialis biamnialis, plod A – poloha podélná hlavičkou, plod B- poloha koncem pánevním. Paní Michaela L. měla zcela fyziologický průběh těhotenství, do 33. týdne těhotenství byla v prenatální péči u svého gynekologa. Veškerá vyšetření v průběhu gravidity byla v souladu s doporučenými postupy vydanými ČGFS. Pacientka měla všechny vyšetření krve a moči fyziologické, ultrazvukové nálezy v mezích normy. Ve 34. týdnu těhotenství byla ženě doporučena hospitalizace ve specializovaném perinatologickém pracovišti. Paní Michaela byla v nynější graviditě hospitalizovaná jednou, z důvodu předčasné děložní činnosti, ale bez progresu vnitřního nálezu. Během hospitalizace jí byla aplikovaná preventivní dávka kortikoidů. Žena byla po několika dnech propuštěna do domácího prostředí, kde dodržovala klidový režim a

užívala Magnezium dle ordinace lékaře. Do konce těhotenství již docházela do rizikové ambulance perinatologického centra.

Paní Michaela L. se k průběhu těhotenství vyjadřuje takto: „*Na těhotenství s jedním miminkem jsem byla připravená vzhledem k předchozí zkušenosti s dcerou. Ale na více miminek jsem připravená rozhodně nebyla, dost jsem se bála, o vícečetném těhotenství jsem toho příliš nevěděla. Fakt je ten, že první týdny těhotenství mi přišly úplně stejné, jako s jedním miminkem. Musím říct, že oproti předchozímu těhotenství jsem hodně zvracela, snad až do 5. měsíce. Ráno jsem vstávala s tím, že už měla u postele připravený kousek chleba, abych si ho mohla hned sníst, než vstanu. Přes den jsem pak mohla jíst normálně. Velmi mi vadily pachy z vařeného jídla, měla jsem co dělat, abych vůbec přípravu jídla vůbec zvládla do konce. Odmítala jsem si brát léky v těhotenství, takže jsem to zvracení zvládla bez léků a hospitalizace. Celkově jsem přibrala za těhotenství 12 kg, v porovnání s prvním těhotenstvím to bylo o 2kg více, to není zase takový rozdíl. Co mě trápilo celé těhotenství, bylo pálení žáhy. Před těhotenstvím jsem měla ráda velmi kořeněná jídla, které jsem v těhotenství hodně omezila. Co mi vyloženě chutnalo, byla rajčata, mohla jsem je jíst na kila a v různé úpravě. Kávu jsem nepila, mám ráda čaje a alkohol jsem vyloučila v těhotenství úplně. Nezaznamenala jsem, že bych jedla nějak výrazně více, než v minulém těhotenství. Problémy se zácpou jsem naštěstí neměla, i když mě sestřička upozorňovala na to, že se tyto potíže často u maminek vyskytují, i v souvislosti s užíváním železa. Co mě tedy hodně trápilo, bylo to neustálé nucení na močení. Mám pocit, že jsem pořád chodila močit a to i v noci. Takže ráno jsem pak byla nevyspalá a doháněla jsem to přes den. Unavená jsem byla rozhodně víc než v prvním těhotenství s dcerou. Vždycky jsem udělala nějakou činnost a pak jsem si šla na chvíli odpočinout, takže dohromady jsem neudělala téměř nic. Manžel s dcerou mi moc pomáhali. Kupodivu mně ani nebolely záda, za což jsem velmi ráda. Ke konci těhotenství se mi začaly dělat otoky, ani ne tak na rukou- jako na dolních končetinách. Křečové žíly jsem neměla ani v jednom těhotenství. Manžel mi musel občas pomoci s hygienou, někdy i s obouváním. Jinak mám dojem, že jsem si celkem vystačila sama. Někdy jsem se pěkně zadýchala, než jsem někam došla, ale ne nějak výrazně víc, než s jedním miminkem. Řekla bych, že jsem to vnímala stejně. Jen těch kontrol*

u gynekologa bylo víc, takže jsem pak strávila dost času někde v čekárně. Později jsem chodila na pravidelné ultrazvukové kontroly a na monitor miminek. To pro mě bylo náročné, než se vždycky zkontrolovala obě miminka na ultrazvuku, aby byla dobře vidět a dala se změřit, vzalo to hodně času. Na monitoru zachytit obě miminka bylo někdy dost obtížné, obdivovala jsem sestřičky, jakou mají trpělivost a jak jsou šikovné. Když to bylo možné, vzala jsem i dceru, aby se na ty svoje sourozence podívala. Chodila se mnou moc ráda, vždycky se těšila a rozhodně nemám pocit, že by žárlila. Celkově jsem toho názoru, že jsme to nakonec zvládli dobře. A to je díky tomu, že jsem měla obrovskou podporu u svého manžela.“ K průběhu hospitalizace paní Michaela dodává: „Celé těhotenství jinak probíhalo ukázkově. Já jsem si vůbec nepřipouštěla, že by se mohlo něco stát. Byla jsem vnitřně nastavená na to, že rodit budu ve správný čas a všechno proběhne bez komplikací. Proto, když jsem začala mít ve 33. týdnu těhotenství nepravidelné tvrdnutí břicha a bylo to opravdu časté, tak mě můj gynekolog poslal do nemocnice. Věděla jsem, že je to ještě brzo, měla jsem obavu o miminka. Nečekala jsem to. Pan doktor mi vysvětlil všechny důvody, proč je ta hospitalizace potřebná, trochu mi to pomohlo, abych se zklidnila. Příjem probíhal celkem plynule. Nejprve jsem prošla rizikovou poradnou, kam jsem byla odeslána svým lékařem a pak jsem byla odeslána na oddělení rizikového těhotenství. Zde jsem strávila pět dní. Dostala jsem léky na utlumení děložní činnosti a injekce kvůli miminkům a jejich plicím, aby byla připravená, kdybych začala předčasně rodit. Měla jsem opravdu velké štěstí, že jsem neprodila dřív. Manžel i já jsme měli strach, aby byly děti zdravé, aby nemusely být v inkubátoru. Ten strach nedokážu popsat slovy, to musí člověk zažít.“

3.2.2 Katamnéza

Paní Michaela L. k tomu, jak by si přála rodit, říká: „Samozřejmě, že jsem si přála rodit přirozeně. Ale pan doktor mě již od počátku těhotenství upozorňoval na to, že vzhledem k mému předchozímu porodu, který probíhal kleštěmi a mé variantě dvojčátek Mono / Bi, mně to nedoporučuje. Kdyby byla miminka ve variantě dvě placenty a dva vaky a obě v poloze hlavičkou dolů, tak pak možná ano. Ale u mě to nepřipadalo v úvahu, navíc mi lékař vysvětlil, že se těhotenství musí ukončit dřív kvůli

miminkům. V nemocnici mi pan primář říkal, že podle doporučení porodníků se takové těhotenství ukončuje jen císařským řezem. Já jsem s dalším postupem léčby souhlasila, nebylo příliš o čem přemýšlet. Hlavně, aby obě děti byly v pořádku.“

Dne 20. 3. 2014 v 11 hod přichází paní Michaela L. k plánované hospitalizaci ve 36 + 4 týdnu těhotenství, gemini Mono / Bi, GBS negativní. Žena je subjektivně bez potíží, děloha klidná, pohyby obou plodů cítí dobře. Při vstupním vaginálním vyšetření je popisována klenba plná, snížená, mediosakrálně uložené 1 cm dlouhé hrdlo z části pro šičku prstu dostupné, hlava plodu A naléhá na vchod pánevní, vak blan zachovalý. Ultrazvukový nález: plod A - poloha podélná hlavičkou, postavení levé, akce srdeční pravidelná, normální množství plodové vody, placenta je uložena na zadní stěně. Plod B - poloha podélná hlavičkou, postavení pravé, akce srdeční pravidelná, VP na dolní hranici normy, placenta na zadní stěně. Oba plody jsou ve ventrodorsálním zákrytu. Kardiotokografické vyšetření je hodnoceno jako fyziologické. Pacientka předkládá předoperační vyšetření, které je ve fyziologických mezích normy. Informované souhlasy s operačním výkonem a souhlasem s hospitalizací jsou součástí zdravotnické dokumentace. Běžná příprava před císařským řezem je splněna dle ordinace lékaře. Žena je seznámena s režimem oddělení a se všemi výkony v rámci předoperační přípravy.

Paní Michaela L. svoje pocity popisuje takto: *„Já jsem se snažila být celou dobu v pohodě a statečná. Jak se pak přiblížil den, kdy jsem měla nastoupit, dostala jsem strach. Chtěla jsem to mít už za sebou, vědět, že je všechno v pořádku. S manželem jsme se domluvili, že se o dcerku postará, abych alespoň na něco nemusela myslet. Ještě jsem jim tam připravila jídlo, vyprala prádlo, připravila si tašku pro miminka s věcmi, autosedačky a další oblečení. Aby to pak manžel nemusel všechno hledat. Dcera mi pomáhala s přípravou, abych jí také trochu zapojila, sama se už nemohla dočkat, až budou miminka na světě. Na příjem mě doprovodili oba dva, pak už jsem byla sama. Dcerka měla pro svoje sourozence připravené takové malé, plyšové hračky. Sama jim je chtěla dát, je úžasná. Přípravu jsem zvládla v pohodě, to už bylo to nejmenší. Porodní asistentky mi řekly, co mě čeká, všechno mi vysvětlily a ukázaly, kde je jaká místnost, signalizace, kuchyňka apod. Oholená jsem přišla už z domova, tak jsem dostala už jen*

to klyzma. Odpoledne za mnou přišla paní doktorka z anestezie, zkontrolovala mi všechna vyšetření a chvilku jsme si povídaly, jak to bude probíhat u operace. Druhý den ráno už jsem nesměla jíst, ani pít, sestřička mi zavedla cévku, dostala jsem punčochy, injekci, infuzi a jela jsem na operační sál. Pocity jsem měla všelijaké, hlavně jsem se těšila, až to bude za mnou. S manželem jsem byla domluvená, že k porodu nepůjde.“

Dne 21. 3. 2014 v 10.00 hod je pacientce proveden císařský řez dle Gepperta, s kožním řezem dle Phannenstiela, typ spinální anestezie. V 10.05 hodin je bez komplikací vybaven plod A, voda plodová je čirá. Novorozenec je mužského pohlaví s Apgar skóre 9 – 9 - 10. Mírně nezralý eutrofický novorozenec má dobrou poporodní adaptaci a je bez zjevných známek vrozené vývojové vady. Odebrán pupečník na Astrup. V 10.06 hod je porozen plod B, voda plodová je čirá. Novorozenec je mužského pohlaví, Apgar skóre je bodově hodnoceno 9 – 10 - 10. Chlapec je mírně nezralý, eutrofický s dobrou poporodní adaptací a bez zjevné vrozené vývojové vady. Novorozenci jsou předány do péče pediatrů. Odebrán pupečník na Astrup. Placenta porozena mírným tahem za pupečník, kontrola celistvosti, dutina děložní je revidována tupou Bummovou kyretou. Digitální dilatace hrdla děložního - pro prst prostupné. Následuje sutura hysterotomie Vicrylem, bez krvácení. Provedena toaletta dutiny břišní, jsou revidována adnexa. Peritoneum uzavřeno pokračovacím stehem, dále dle anatomických vrstev fascie a stěna břišní. Kůže je sešitá intradermálním stehem. Ukončení operace je v 10.40 hod, délka trvání operace je 40 minut.

Paní Michaela L. se k průběhu porodu vyjadřuje takto: „*Na operační sál jsem byla převezena o něco dřív. Viděla jsem, jak se sálové sestry připravují k operaci. Starala se o mě paní doktorka z anestezie, co za mnou byla den před operací. Byla tam celou dobu se mnou a říkala mi, co mě čeká. Vnímala jsem zvuky nebo cinkání nástrojů o sebe, nic víc. Už jsem se snad ani nebála, počítala jsem jen minuty do okamžiku, který mě čeká, než se děti narodí. Všechno šlo velmi rychle a než jsem se nadála, byli kluci na světě. Já jsem v těhotenství nechtěla vědět pohlaví, bylo to překvapení. Plod A - tedy Samuel, měl váhu 2790 g / 49 cm. Plod B - Vojtěch vážil 2930g / 50cm. Pediatr říkal, že jsou mírně nezralí, ale jinak jsou oba v pořádku a mají se k světu. Na chvilku mi je ukázali, k prsu jsem je přiložené neměla a pak je odnesli na oddělení. Měla jsem*

obrovskou radost, že jsou kluci zdraví. Zbytek operace proběhl v pořádku, jen mi v jednu chvíli bylo divně od žaludku. Bolesti jsem žádné necítila.“ Po operaci je pacientce ponechán Foleyův katetr, který odvádí čirou moč, diuréza je přiměřená. Dren nebyl zaveden. Krevní ztráta při operaci je 600 ml. Očistky samovolně odcházejí.

Žena je z operačního sálu převezena ve stabilizovaném stavu na pooperační oddělení, na jednotku intenzivní péče. Pacientka má trvale monitorované fyziologické funkce, kontrolu bilance tekutin, je zajištěna infuzní terapie, aplikace nízkomolekulárního heparinu a antibiotik. Pacientka má ordinované léky proti bolesti. Ženě se pravidelně kontroluje retrakce dělohy, krvácení a krytí operační rány. Druhý den - dle ordinace anesteziologa, s pomocí porodní asistentky paní Michaela L. vstává do sprchy a provádí hygienu. Do dvou hodin po vyndání permanentního katetru žena spontánně močí. Poté je přeložená na standartní oddělení šestinedělí.

Novorozenci s dobrou poporodní adaptací byli poprvé ženě přiloženi k prsu na jednotce intenzivní péče. Potom je sestra z novorozeneckého oddělení nosila v pravidelných intervalech ke kojení.

Pacientka popisuje první hodiny po porodu slovy: „Po operaci jsem byla převezena na jednotku intenzivní péče. Nemohla jsem se hýbat, necítila jsem tělo, bylo to nepříjemné. Vstávat jsem mohla až druhý den, konečně jsem začala cítit nohy a mohla s nimi hýbat. Sestřička mi ukázala, jak mám vstávat, připadala jsem si dost nemohoucí. Na poprvé se mi vstávání nepodařilo, motala se mi hlava a bylo mi na zvracení. Asi po hodině jsme to zkusily znovu, bylo to lepší. Zkusila jsem jít i do sprchy. Bez pomoci bych neudělala nic, ještě, že jsem tam byla se sestřičkou. Rána mě bolela, celkově mi nebylo dobře. Měla jsem vyndanou močovou cévku a musela jsem se vymočít. Naštěstí se mi to podařilo, ale trochu mě to pálilo. Říkala sestra, že mám hodně pít čaje. Měla jsem co dělat, abych to zvládla. Ty první dny byly kruté. Neuměla jsem si představit, co mě čeká. Ještě že jsem se nemusela hned starat o děti. Nějak jsem tu bolest špatně snášela, nebyla jsem schopná pohybu. Kojení mi také zrovna nešlo, bolela mne prsa. Pořád jsme si nemohli najít tu správnou polohu.“

K tomu, jak paní Michaela L. zvládala péči obou novorozenců najednou, říká: „V dalších dnech po porodu jsem už měla děti u sebe. Kojení najednou mi nevyhovovalo. Měla jsem rozbolavělé prsní bradavky, pořád se mi chtělo plakat, že mi to nejde. Měla jsem pocit, že jsem selhala. U prvního dítěte mi to šlo tak krásně, ale u dvojčat jsme se pořád nemohli sladit dohromady. Nakonec jsem to udělala tak, že jedno kojení jsem nakojila jedno dítě z obou prsů a druhé dokrmila z lahvičky. Při dalším kojení jsem to udělala opačně. Chvilí nám to takhle šlo, jenže mléko nestačilo a já s kojením přestala úplně. Vzdala jsem to, byla jsem hodně unavená a celkově vyčerpaná. Pořád mě bolelo v jizvě, špatně se mi chodilo, prostě jsem nebyla v pohodě. Mrzí mě to, že jsem to kojení nezvládla. Nakonec jsem se naučila krmit s lahvičkou. Dokonce jsem pak měla i víc času si v mezidobí odpočinout. Chtěla bych, aby se mi podařilo sjednotit spánkové návyky obou dětí. Snad se mi to poštěstí, uvidíme.“

Jak starší dcera reagovala na svoje na sourozence, paní Michaela odpovídá: „Dcerka přišla s manželem hned, jak mě propustili z pooperačního oddělení, tam děti nemohly. Už se doma nemohla dočkat. Kluky viděla poprvé na fotce, co jsem poslala po telefonu. Do porodnice jim přinesla oběma hračky. Vybraly jsme spolu takové plyšové medvídky. Nemohla se na ně vynadívát, chtěla si je pochovat, moc se jí líbili. Už vymýšlela, komu všemu je musí nutně ukázat a jak je bude vozit v kočárku. No a co se ostatních návštěv týče, ty jsem odmítla, protože jsem byla opravdu dost unavená.“

3.2.3 Analýza a interpretace

Paní Michaela L. se svým manželem těhotenství plánovali, ovšem vůbec nepočítali s možností, že by mohlo jít o vícečetné těhotenství. Z předchozího těhotenství již měli jednu dceru, přáli si ještě jedno dítě, takže byli oba dost překvapení. Paní Michaela dokonce uvažovala o variantě umělého přerušení těhotenství nebo o redukci. Nic se z toho se nakonec nestalo, protože žena našla v rozhodující chvíli podporu u svého manžela. Jak sama paní Michaela v rozhovoru uvedla, bylo to pro ní nejtěžší životní rozhodnutí.

Na základě rozhovoru s klientkou byla do detailu rozebrána situace v těhotenství, prožívání porodu a poporodní období. Paní Michaela měla pro srovnání těhotenství jednočetné a vícečetné. Podle očekávání mělo být těhotenství náročnější než u ženy s jedním plodem. Paní Michaela se ale k průběhu celého těhotenství vyjadřovala poměrně kladně. Ženu pouze trápily nevolnosti, které přetrvávaly asi do 5. měsíce těhotenství, jinak těhotenství probíhalo téměř do konce bez žádných závažných komplikací. Výrazné bolesti v zádech jí netrápily, jen pociťovala velkou únavu. Často chodila močit a to i v noci, proto pak mnohdy spala i přes den. V těhotenství byla jedenkrát hospitalizovaná pro velmi časté tvrdnutí bříška. Na oddělení rizikového těhotenství strávila několik dní, kdy byla propuštěna do domácího ošetření. Zde jí byly aplikovány z preventivních důvodů kortikoidy k indukci plicní zralosti u plodů. U žen s vícečetnou graviditou je riziko předčasného porodu mnohem větší než u jednočetného těhotenství. Proto ani hospitalizace u žen s vícečetným těhotenstvím není nic zcela neobvyklého.

Císařský řez byl, dle doporučených postupů v perinatologii, naplánovaný na týden těhotenství 36 + 5, protože dvojčata byla ve variantě monochorialis / biamnialis. Vzhledem k této skutečnosti a předchozímu těhotenství per forcepsem, lékař ženě ani jinou možnost nenabídl. Porod proběhl plánovaně a bez komplikací. Císařský řez je pro organismus ženy velkou zátěží, ale na druhou stranu je tento fakt vyvážen tím, že tento způsob vedení porodu je pro plody bezpečnější. Celkově se tak snižuje novorozenecká mortalita i morbidita. Sama žena udává, že jí po operaci nebylo dobře a dlouho dobu jí trvalo, než se tyto potíže zmírnily. Bolest v jizvě, celková únava a psychické vyčerpání po operaci byly jedna z příčin, proč žena nakonec kojení zanechala.

Paní Michaela L. k celému období dodává: *„Věděla jsem, že to nebude jednoduché, ale i tak jsem byla zaskočená. Spoustu věcí jsem si přečetla na internetu, ale skutečnost se nedá porovnávat. Každé dítě je jiné, každá situace je jiná. Je mi líto, že jsem nedokázala kojít déle, prostě to nějak nešlo. Ale člověk by se tím neměl trápit, mám dvě krásné zdravé děti a to je důležité.“*

4 Diskuze

Pro zjištění, jaké jsou biopsychosociální potřeby žen v těhotenství, během porodu a v období po porodu, byly vypracovány dvě kazuistiky. Jedna žena byla prvorodička a těhotenství bylo plánované, po IVF. Druhá žena měla v gynekologické anamnéze již jeden vaginální porod a nynější těhotenství bylo po spontánní koncepci, porozeno plánovaně císařským řezem.

Z této bakalářské práce vyplývá, že vícečetná gravidita nemusí být nutně náročnější po fyzické stránce než u žen s jednočetným těhotenstvím. U obou dotazovaných bylo rozebráno období těhotenství s vícečetnou graviditou s ohledem na jejich biopsychosociální potřeby. V rozhovoru byly kladeny otázky všeobecného charakteru a otázky cílené k problematice vícečetného těhotenství. Rozhovor byl zaměřený na rozbor jednotlivých potřeb – fyziologických, potřebu jistoty a bezpečí, lásky a seberealizace.

Těhotenství u první respondentky bylo po IVF. Žena popisovala těhotenství jako naprosto přirozený děj bez výrazných potíží nebo změn. Z rozhovoru vyplývá, že jsou do určité míry ovlivněny potřeby u žen s vícečetnou graviditou – zejména dýchání. U žen je dýchání omezené vlivem tlaku vzrůstající dělohy na bránici, proto se těhotná snadno zadýchává. Potřeba dýchání je jednou ze základních biologických potřeb člověka a dochází zde k vnitřnímu a vnějšímu dýchání a tím k zachování života (Trachtová a kol, 2001, s. 110). Klientka v rozhovoru uvádí, že jí ke konci těhotenství činilo zadýchávání potíže při námaze. Druhá žena se k namáhavému dýchání příliš nevyjadřovala. Před těhotenstvím žena kouřila, v těhotenství ze dne na den přestala. I přesto během gravidity problémy neuvádí.

Potřeba výživy ovlivňuje duševní pohodu a zdraví člověka a je nezbytná pro udržení biologické rovnováhy. Výživa je důležitým faktorem, který se podílí na udržení fyziologického těhotenství, nutno zohlednit období kojení. Smyslem zdravé výživy je, aby byly zajištěny dobré podmínky pro růst a vývoj plodů při zachování normálního nutričního stavu těhotné. (Trachtová, 2001, s. 81)

Obě respondentky se shodly na potřebě vhodných stravovacích návyků. Ani jedna v těhotenství nepila alkohol, kávu jen občas a pitný režim hodnotí jako dostatečný. Váhový přírůstek byl u žen ovlivněn nauzeou v těhotenství. Druhá žena udávala potíže do 5. měsíce gravidity. Ani jedna respondentka neudává, že by kvůli těmto problémům musela být hospitalizovaná. Těhotenské obtíže – pálení žáhy, nechutenství provázejí téměř každé těhotenství. Těhotenské chutě jsou individuální. Jedna respondentka uváděla obrovskou chuť na rajčata v jakékoliv formě. Dietní omezení nebylo ani u jedné respondentky. Žena s vícečetnou graviditou musí mít vyšší příjem bílkovin, v nemocnici je tento příjem zajištěn ve formě bílkovinných přídatků.

Vyprazdňování je základní fyziologickou funkcí organismu a patří mezi další biologické potřeby člověka. Způsob vyprazdňování je zcela individuální a úzce souvisí i s psychosociálními aspekty. Obě respondentky udávají, že měly zvýšenou potřebu močení a to i v noci. V období těhotenství je tento jev typický a to zejména proto, že díky zvětšující se děloze dochází k útlaku močového měchýře. Pro ženu je to určitý diskomfort. Dalším problémem v oblasti vyprazdňování se uvádí potíže se zácpou, průjmem, plynatostí a hemeroidy. Jedna dotazovaná žena potvrdila potíže s hemeroidy, zácpou. Ostatní potíže obě respondentky negují.

Potřeba aktivity a spánku je u každého člověka velmi individuální, je závislá na denní aktivitě jedince, věku a zdravotním stavu. Těhotenství může v jistém smyslu pohybovou aktivitu omezit, žena musí být opatrná ve výběru činností. Vícečetná gravidita je rizikem pro vznik předčasného porodu a proto se vylučuje jakákoliv nadměrná námaha. Mezi vhodné pohybové aktivity patří chůze, plavání a protahovací cviky. Jedna z respondentek navštěvovala kurzy gravidjogy. Při narůstající děloze dochází ke změně těžiště těla, postojů a chůze těhotné - díky nadměrné hmotnosti. Ta velmi zatěžuje kosterní aparát, dochází k častým bolestem zad a kloubů. (Trachtová a kol., 2001, s. 27) První respondentka v rozhovoru uváděla bolesti zad, kdy se už nemohla pomalu ani hýbat. Spánek byl pro obě dotazované ženy narušený, protože musely často vstávat. Těhotná žena, zejména na konci těhotenství, trpí nedostatečným spánkem. Problém je i v zaujetí pohodlné polohy. Spánek a odpočinek je

pro ženu s vícečetným těhotenstvím velmi důležitý, protože čerpá potřebnou energii. Zvýšenou únavu udávaly obě dotazované ženy.

Potřeba jistoty a bezpečí se u žen s vícečetným těhotenstvím projevuje i v oblasti ochrany zdraví, důvěry, soběstačnosti, potřeby informací a orientace, naděje a víry. Vzhledem k tomu, že vícečetné těhotenství je od začátku gravidity bráno jako rizikové, tak je i psychika ženy velmi zatížená a potřeba informovanosti je v tomto případě více než důležitá. Těhotná prožívá obavy, strach. Jak je z rozhovoru obou žen patrné, je to velmi psychicky náročné období. Ženy se od počátku těhotenství obávají, jaký bude průběh gravidity, jakým způsobem budou rodit, jak zvládnou péči o obě děti, kojení a další. První respondentka měla problémy již s otěhotněním, proto podstoupila IVF. Druhá respondentka hned v úvodu zjištěného těhotenství prožívala pocity, kdy se obávala, jak zvládne péči o tři děti, jak je finančně zabezpečí. Rozhodovala se, jestli těhotenství ukončit nebo si ponechat jen jedno dítě a podstoupit redukci plodů. Pro ženy je takové rozhodnutí velkým etickým problémem.

Pro obě respondentky je beze sporu důležitá komunikace se zdravotnickým personálem. Potřeba informací je v ošetrovatelském procesu naprosto nezbytná. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace mezi těhotnou ženou, její rodinou a zdravotnickým pracovníkem. Obě dotazované ženy získávaly v průběhu těhotenství informace jak od lékaře, tak porodní asistentky. Jedna žena vyjadřovala negativní pocity, které měla ze svého lékaře. To jí příliš nepovzbudilo, proto hned na začátku těhotenství musela vyhledat jiného odborníka. Druhá respondentka prožila několikadenní hospitalizaci, kde prožívala strach o zdraví svých dětí.

V obou případech se ženy shodují, že prožily krásné období. Co se těhotenských potíží týče, tak jsou v podstatě dost podobné jako u jednočetné gravidity. Obě těhotné udávaly jako nejčastější problémy v těhotenství nevolnosti, únavu a poruchy spánku. Respondentka, která již jednočetné těhotenství prožila, neudává žádné větší rozdíly v jednočetné nebo vícečetné graviditě.

Období porodu bylo pro ženy velkou psychickou i fyzickou zátěží. Obě ženy se vyjadřovaly o nejistotě z toho, co je čeká, jak bude probíhat císařský řez. Obě si

pročetly spoustu informací na internetu nebo z knih. Obě dotazované ženy chtěly zkusit porod vaginální cestou. První respondentka nakonec z obav, jak by probíhal spontánní porod a z jeho potencionálních rizik, souhlasila s císařským řezem. Druhá respondentka, s ohledem na anamnézu a dvojčata s variantou Mono / Bi, měla od počátku těhotenství jasné, že bude těhotenství ukončené císařským řezem. Operační porod dvojčat popisují ženy obdobně. V zásadě se příliš neliší od císařského řezu u jednočetného těhotenství. Po vybavení plodu A je po chvilce vybaven plod B a další postup je shodný s porodem u jednočetné gravidity. Ženy necítily žádnou bolest, jen určité tlaky, ale po odeznění analgezie obě ženy uváděly silné bolesti v oblasti břicha. Po vybavení plodů byla u žen zaznamenána nauzea. Na dotaz ohledně doprovodu k porodu - obě ženy měly možnost mít manžela na operačním sále, ale nevyužily této příležitosti. Jako velké plus obě dotazované uváděly vstřícnost zdravotnického personálu, snahu o komunikaci s rodičkou a její informovanost.

Období po porodu probíhalo u obou žen obdobně. První den obě ženy strávily na pooperačním oddělení, kde byla standartní ošetrovatelská péče po operačním výkonu. Pooperační průběh a ošetrovatelská péče se neliší od péče u ženy po císařském řezu s jednočetným těhotenstvím. U obou žen byla operace vedena ve spinální anestezii. Proto měly ženy nařízený klidový režim a první vstávání proběhlo až druhý den. Obě respondentky společně udávaly velké bolesti břicha, zejména v oblasti jizvy a také neschopnost se samy o sebe postarat. Jedna respondentka měla problémy se vstáváním po operaci. Po psychické stránce pocítovaly úlevu z toho, že mají císařský řez za sebou a děti jsou zdravé. Na druhé straně jedna z respondentek zaznamenala zvýšenou citlivost a plačtivost v nezdarech ohledně kojení. Obě ženy získaly dostatečné množství informací ze strany zdravotnického personálu. Jedna respondentka získala potřebné dovednosti v oblasti kojení a naučila se tak kojit obě děti najednou. Druhá respondentka odcházela domů s tím, že se děti naučily sát z lahvičky ve stejném časovém intervalu. Ačkoliv měla žena s předchozího těhotenství dobré zkušenosti s kojením, nic to nezměnilo na faktu, že u dvojčat se kojení prostě nezadařilo. Jak sama respondentka v rozhovoru uvedla, byla dost psychicky i fyzicky vyčerpaná. Úspěšné kojení závisí na mnoha faktorech, a zde byl patrný nesoulad. Obecně se období šestinedělí nijak zásadně

neliší od žen s jednočetným těhotenstvím. Je zde zvýšené riziko krvácení, zpomalení involuce děložní, to se ale nevyskytlo ani v jedné kazuistice.

Závěr

Vícečetné těhotenství je porodnická problematika, která vyžaduje důslednou prenatalní péči a především individuální přístup jak v managementu předporodní péče, tak i porodu. V dnešní moderní době, kdy je rostoucí počet vícečetných gravidit, přímo úměrně roste i počet císařských řezů. Výskyt vícečetného těhotenství je do značné míry ovlivněn v souvislosti s léčbou neplodnosti - s metodami IVF. Je faktem, že se díky omezení počtu zavedených embryí mírně snížil nárůst mnohočetné gravidity. Klasické Hellinsovo pravidlo výpočtu pravděpodobnosti výskytu vícečetného těhotenství se uvádí u žen po spontánní koncepci a tudíž je do značné míry ovlivněno právě IVF.

V bakalářské práci jsou uvedeny kazuistiky dvou žen, jedna po IVF - primipara a druhá žena po spontánní koncepci - sekundipara. Obě ženy rodily císařským řezem.

V této bakalářské práci jsou detailně popsány prožitky žen v období těhotenství, porodu a v období po porodu. Jsou zde rozebrána jednotlivá období a popsány potřeby žen s vícečetným těhotenstvím. Pro porovnání je v bakalářské práci uveden případ ženy, která již jednou spontánně porodila.

V zásadě je možné říct, že potřeby žen s vícečetným těhotenstvím se nějak výrazně neliší od žen s jednočetnou graviditou. Prožívání těhotenství je ovlivněno především psychikou, osobnostními vlastnostmi, rysy a temperamentem těhotné ženy. Dalším důležitým faktorem je zdravotní stav těhotné a vliv rodiny. Jak je v bakalářské práci uvedené, obě těhotné ženy prožily celkem pohodové těhotenství, které se ničím zásadně nelišilo od jednočetné gravidity. Jen plánování porodu u vícečetné gravidity je ovlivněno mnoha faktory, jen výjimečně se setkáváme se spontánním porodem dvojčat. Většina porodníků se přiklání k bezpečnější variantě vedení porodu dvojčat, císařskému řezu. Mnoho žen je tak postaveno před jedinou možností ukončení těhotenství. Potřeby u žen po operačním porodu jsou shodné jako u jednočetného těhotenství. Liší se pouze v péči o dva novorozence, především v oblasti kojení. Proto je zde nutná edukace žen již v prenatalní poradně, na kurzech předporodní přípravy. Je potřeba kvalitní edukační materiál a dostatek informací o vícečetném těhotenství pro laickou veřejnost. Porodní

asistentky by se měly aktivně podílet na edukaci žen, vytvořit si časový prostor pro ženy a hlavně naučit se komunikovat. Protože pohodová, klidná a spolupracující matka je klíčem k oboustranné spokojenosti.

Seznam použitých zdrojů

MONOGRAFIE

1. CALDA, P., 2007. *Ultrazvuková diagnostika pro praxi*. Praha: Aprofema. ISBN 978-80-903706-1-6.
2. ČECH, E., 2006. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ, 2003. *Gynkologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0677-1.
4. ČERNÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ, 2006. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret. ISBN 80-90,183-9-8.
5. DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
6. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-229-4.
7. HYMASOVÁ, Katy a Carol COOPEROVÁ, 2012. *Dvojčata*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-2249-2102-0.
8. KAMENÍKOVÁ, Miroslava a Miroslava KYASOVÁ, 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0285-1.
9. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
10. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
11. MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
12. MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-091-1.
13. MĚCHUROVÁ, A., 2012. *Kardiotokografie - minimum pro praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-274-2.

14. MROWETZ, M., 2011. *Bonding - porodní radost*. Praha: DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5.
15. ODEMENT, M., 2011. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN 80-85794-69-1.
16. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-321.
17. PAŘÍZEK, A., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: MCC Publishing a Galén. ISBN 978-80-7262-7.
18. PAŘÍZEK, A., 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-969-1.
19. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
20. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
21. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
22. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
23. STADELMANN, I., 2001. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. Praha: One Women Press. ISBN 80-86356-04-3.
24. ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
25. TOMAGOVÁ, M., Ivana BÓRIKOVÁ a kolektiv., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.
26. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-324-8.
27. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

28. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
29. ZACHAROVÁ, E., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

PERIODIKA

30. HÁJEK, Z., 2004. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní babičtví*. Praha: Levret. 2004, č 3. ISSN 1214-5572
31. HÁJEK, Zdeněk a Aleš ROZTOČIL, 2013. Prenatální péče o vícečetná těhotenství - doporučený postup. *Supplementum*. Praha: ČLS JEP. 2013, č. 78. ISSN 1210-7832
32. KOTEROVÁ, K., 2008. Vícečetná gravidita. *Moderní babičtví*. Praha: 2008. č. 16. ISSN 1214-5572
33. LUBUŠKÝ, M., L. KROFTA a R. VLK, 2013. Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče o vícečetná těhotenství - doporučený postup. *Supplementum*. Praha: ČLS JEP. 2013, roč. 78, č. 2. ISSN: 1210-7832
34. ROZTOČIL, A. a Z. HÁJEK, 2013. Vedení porodu vícečetného těhotenství - doporučený postup. *Supplementum*. Praha: ČLS JEP. 2013, č. 73. ISSN: 1210-7832
35. UNZEITIG, V., 2013. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství - doporučený postup. *Supplementum*. Praha: ČLS JEP. 2013, č. 78. ISSN: 1210-7832

WEBOVÉ STRÁNKY

36. HUFFMAN, T., 2010. Deklarace. *Dvojčata* [online]. [cit. 2014_03_02]. Dostupné z: <http://www.dvojcata.cz/deklarace/>.
37. JEŽOVÁ, M., 2012. Masarykova univerzita. *Fetopatologie* [online]. [cit.2013_10_17]. Dostupné z: http://atlases.muni.cz/atlases/feto/atl_cz/main+fetopatologie+jeztwins.html.

38. KAČEROVÁ, E., 2012. *Vícečetné porody v ČR v letech 1950 – 2011* [online]. *Demografické informační centrum*. [cit. 2013_10_17]. ISSN 1801-2914.
Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=§artc1ID=792.
39. LOMÍČKOVÁ, T., 2003. *Dvojčata* [online]. *Moderní babictví*. Praha: Levret. 2003, č. 2. [cit. 2013_10_17]. ISSN 1214-5572.
Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=155>
40. RULÍKOVÁ, K., 2011. *Bude nás víc* [online]. *Českomoravská asociace Klubu dvojčat a vícerčat*. [cit. 2014_03_05]. Dostupné z: www.dvojcata.org/o_centru.

Seznam příloh

Příloha 1 – Deklarace práv a potřeb dvojčat a vícčetat

Příloha 2 - Polohy plodů v děloze

Příloha 3 – Polohy při kojení dvojčat

Příloha 4 – Doporučené postupy s vedením porodu u vícečetné gravidity

Příloha 5 – Fyziologické změny v průběhu šestinedělí

Příloha 6 – Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 7 – Souhlas ÚVMD s výzkumem

Příloha 8 – Souhlas s poskytnutím rozhovoru s respondentkami

Příloha 9 – Otázky pro rozhovor s respondentkami

Příloha 1 - Deklarace práv a potřeb dvojčat a vícерčat

přijata

Mezinárodní radou organizací pro vícečetné porody
(International Council of Multiple Birth Organizations)

a

Mezinárodní společnosti pro výzkum dvojčat
(International Society for Twin Studies)

v květnu 1995

aktualizována Mezinárodní radou organizací pro vícečetné porody na 13. Mezinárodním kongresu pro výzkum dvojčat v Soulu, Jižní Korea, 5. června 2010

Úvod: Posláním Mezinárodní rady organizací pro vícečetné porody (ICOMBO) a Mezinárodní společnosti pro výzkum dvojčat (ISTS) je zvýšit povědomí o zvláštních potřebách vícečetných novorozenců, dětí a dospělých. Zástupci mnoha národů Mezinárodní rady (ICOMBO) vytvořili tuto Deklaraci práv a potřeb dvojčat a vícерčat jako mezník, podle kterého lze hodnotit a podporovat rozvoj prostředků k uspokojení jejich zvláštních potřeb.

Deklarace práv

I.

Jelikož v některých zemích mýty a předsudky o původu vícерčat vyústily v kulturně podmíněné vyobcovávání a/nebo zabíjení novorozenat vícерčat:

Mají vícерčata a jejich rodiny plné právo být chráněni zákonem a osvobozeni od jakékoli diskriminace.

II.

Početí vícерčat a péče o ně zvyšují zdravotní a psychosociální rizika rodinných příslušníků a vzhledem k tomu, že dědičné faktory, léky na neplodnost a umělá oplodnění zvyšují počet mnohonásobných těhotenství, proto:

A. Jedinci, nebo páry, které plánují založit rodinu a/nebo chtějí podstoupit léčbu neplodnosti, mají právo na informace a poučení:

1. o příčinách, které mají vliv na početí vícерčat

2. na informace o doprovodných rizicích a léčebných postupech v těhotenství

3. o rizicích, která mohou postihnout jedno, více, nebo všechny plody/děti

4. na údaje týkající se rodičovství v případě narození vícčet

5. o možnosti redukce vícečetného těhotenství a s tím spojenými riziky a silnými emocionálními následky.

B. Léčba neplodnosti by měla směřovat k předcházení vícečetného těhotenství, obzvláště mnohočetného těhotenství.

C. Lékaři léčící neplodnost by měli zveřejňovat počet jimi zprostředkovaných vícečetných těhotenství, a to jak úmyslných, tak i náhodných.

III.

U plodů stejného pohlaví z vícečetného těhotenství nelze podle jejich vzhledu spolehlivě určit, zda pocházejí z jednoho vajíčka, které se rozdělilo po oplození (monozygizita) či z více oplozených vajíček (multizygizita) a vzhledem k tomu, že

1. dědičnost početi dvojvaječných dvojčat zvyšuje pravděpodobnost vícečetných těhotenství;

2. podobná biologie a dědičnost jednovaječných dvojčat či vícčetat významně ovlivňuje podobnost jejich vývoje;

3. jednovaječná dvojčata či vícčata jsou optimálními vzájemnými dárci krve, orgánů a kmenových buněk získaných z pupeční šňůry

4. při porodu jsou optimální podmínky k určení, zda jsou dvojčata či vícčata jednovaječná či dvoj a vícevaječná, podle způsobu uložení placenty:

A) Rodiče mají právo dozvědět se na základě informací o placentě, získaných při porodu, zda jejich dvojčata (vícčata) pocházejí z jednoho, dvou nebo více oplozených vajíček (zygizita).

B) Starší dvojčata (vícčata) stejného pohlaví, u kterých není zygizita dosud určena, mají právo nechat si zygizitu testovat. Zápis do registru vícčetat by měl být ze strany vícčetat zcela dobrovolný.

C) Zygizita by měla být respektována jako jakákoli jiná lidská odlišnost a má nárok na právo utajení.

IV.

Během 2. světové války byla dvojčata uvězněna v nacistických koncentračních táborech a násilím přinucena k pokusům, které způsobily nemoc nebo smrt, proto:

Jakýkoli výzkum prováděný na vícčatech nesmí být uskutečněn bez souhlasu a poučení vícčetat nebo jejich rodičů a musí být v souladu s mezinárodními etickými zákony platnými pro pokusy na lidech.

V.

Špatná dokumentace, nevšímavost a nekoncepčnost ohledně vícерčat a vícečetných porodů zvyšuje riziko špatné diagnózy a/nebo nevhodného léčebného postupu, proto:

B) Záznamy o narození, perinatální a dětské smrti vícерčat a dále záznamy o narození jedináčků, kteří byli původně součástí vícečetného těhotenství, musí být přesné.

A) Těhotné ženy, rodiče a vícерčata mají právo na péči odborníků, kteří jsou vzdělaní v oblasti kojení vícерčat a/nebo jejich zvláštních celoživotních potřeb.

VI.

Vzhledem k tomu, že těsné pouto mezi vícečetnými sourozenci je nezbytným aspektem jejich normálního vývoje:

Vícečetní sourozenci mají právo být umístěni společně v náhradních rodinách, adoptivních rodinách nebo být společně umístěni do opatrovnictví či do vzdělávacího zařízení.

VII.

Protože s vícečetnými sourozenci bývá často jak ze strany rodičů, tak i odborníků nebo veřejností jednáno jako s jedním svazkem, nikoliv jako s individuuy:

Mají vícерčata, jako kterákoli jiná lidská bytost právo, aby byla uznávána a aby s nimi bylo zacházeno s ohledem na jejich individuální potřeby, zájmy či antipatie.

Deklarace potřeb

Shrnutí: Dvojčata a vícерčata jsou jedinečná, co se týče početí, porodu a kojení, zdravotních rizik, dopadu na rodinné uspořádání, vnějších životních podmínek potřebných k vývoji, individualizačních procesů. Vícерčata a jejich rodiny potřebují k zajištění optimálního vývoje dostupnou zdravotní péči, sociální zabezpečení a vzdělání, které respektuje a zabývá se rozdíly mezi nimi a dětmi narozenými jednotlivě.

1.

Jelikož bývají potřeby jednotlivých vícерčat a rodin během těhotenství, po porodu i v následujícím období složité a různorodé:

A) Potřebují zainteresované osoby, jakož i rodiny, informace a přístup k široké škále oborů a služeb jako jsou zdravotní péče odborníků, sociální služby, služby zaměstnanosti, vzdělávání či informace o komunitách vícерčat.

B) Vyžadují jednotlivci i rodiny odbornou zdravotní péči a péči dalších profesionálů vzdělaných v oboru vícерčat, kteří disponují potřebnými schopnostmi.

C) K zajištění účinku péče je nutné, aby mezi jednotlivými obory vládla součinnost a kontinuita.

D) Aby byli odborníci z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb a vzdělávání schopni poskytovat komunitě vícčetat tu nejlepší možnou zdravotní péči a potřebné informace, je třeba podporovat jejich vzdělávací a profesní rozvoj.

2.

Jelikož jsou matky vícčetat vystaveny velkému stresu a před- i poporodním komplikacím, bývá u dvojčat a vícčetat vysoká pravděpodobnost nízké porodní váhy (< 2500 g) a velmi nízké porodní váhy (< 1500 g), postižení a úmrtí novorozenců, proto

Ženy, které čekají vícčetata, potřebují:

A) Informace o tom jak o sebe pečovat, založené na faktech, které podpoří zdraví matek a optimální vývoj plodu,

B) vzdělání ohledně prevence a příznaků předčasného porodu,

C) informace a péči zaměřenou na to, jak zamezit předčasným porodům u vícčetat a podpořit zdraví matek a optimální vývoj plodu, včetně:

1. diagnostiky vícečetného těhotenství, nejlépe do pátého měsíce, a taktního jednání s ohledem na soukromí rodičů

2. prohlédnutí plodového obalu a zárodečné blány ultrazvukem co nejdříve a nejpresněji, protože tato informace má zásadní význam pro prenatální péči

3. poradenství o výživě a jejich zdrojích, které by zajistily váhový přírůstek 18-27 kg

4. porodní péče, která odpovídá předpisům a nejlepším výsledkům v porodnictví vícčetat a z důvodu změn zdravotního stavu matky nebo z rodinných důvodů:

a) prodlouženou mateřskou dovolenou

b) nemocenské dávky

c) péči o sourozence vícčetat

5. zvýšenou pozornost, s ohledem na diagnózu a léčbu (tam, kde je vyžadována), v situacích, kdy jsou vícčetata jednoznačně vystavena riziku jako je TTTS syndrom (feto-fetální transfuzní syndrom), ale nejen tohoto.

3.

Kojení zajišťuje optimální výživu, růst a vývoj mozku pro předčasně i v termínu narozená vícčetata a vzhledem k tomu, že proces kojení a/i krmení z láhve u vícčetat je složitý a náročný, proto:

Rodiny, které čekají a vychovávají vícčetata, potřebují:

A) vzdělání ohledně výživových, imunologických, psychologických a finančních výhod kojení pro předčasně i v termínu narozené novorozence

B) povzbuzení a vedení v technikách kojení

C) vzdělání a vedený nácvik krmení z láhve všech sourozenců zároveň a tomu odpovídající prostředky, podpůrný systém a pracovní volno pro rodinné příslušníky, aby zvládli kojení a/nebo krmení z láhve

4.

60% vícčetat se rodí v 37. týdnu těhotenství a/nebo s nízkou porodní váhou a je zde vysoká pravděpodobnost hospitalizace, která ohrožuje pocit vzájemného spojení a proces kojení, a vzhledem k tomu, že novorozená vícčetata čerpají útěchu ze společného pobytu v děloze:

Rodiny se zdravotně slabšími vícčetaty potřebují specializované vzdělání a pomoc k propagaci a povzbuzení kojení a pocitu vzájemného spojení. Při hospitalizaci zdravotně slabších vícčetat by nemocniční předpisy měly rodinám vyjít vstříc, zájmy vícečetných sourozenců nevyjímaje.

5.

Novorozená vícčetata trpí větším počtem vrozených vad a novorozeneckých úmrtí, proto:

Rodiny, kde se vyskytlo postižení nebo úmrtí u vícčetat, potřebují:

A) péči a poradenství odborníků, kteří jednají citlivě a s ohledem na sílu zármutku spojeného s postižením a/nebo úmrtím u vícčetat a s ohledem na citovou vazbu žijících sourozenců.

B) přístup k terapii, poradenství či prostředkům při postižení či poruše jednoho či více z vícčetat za účelem zvládnutí různorodosti potřeb a schopností vícčetat

C) taktní přístup, který pomůže vhodným způsobem zvládnout ztrátu jednoho nebo více dětí

6.

Bez pomoci odborníků v péči o vícečetné novorozence, kojence a batolata se v těchto rodinách zvyšuje riziko výskytu nemocí, poporodních depresí/úzkostí, zneužívání léků, psychického týrání, špatného zacházení a zneužívání dětí a také rozvodů, proto:

Rodiny pečující o vícčetata potřebují pravidelný přístup k vhodným službám a prostředkům, které by zajistily:

A) pediatrickou péči

B) potřebné množství kojeneckého a dětského oblečení a vybavení

C) vhodný odpočinek a spánek pro rodiče

- D) zdravou výživu
- E) péči o ostatní sourozence
- F) bezpečnost dětí
- G) dopravu
- H) mentální zdraví rodičů

7.

Rodiny s vícerčaty mají jedinečnou příležitost podporovat zdravý vývoj každého vícečetného jedince a rozvíjet a povzbuzovat zdravé vzájemné vztahy; a vzhledem k tomu, že okolnosti porodu vícerčat ovlivňují vývojové vzorce:

Rodiny, které čekají a vychovávají vícerčata, potřebují:

- A) dostupné informace a návody k optimálním rodičovským postupům vzhledem k jedinečným vývojovým aspektům u vícerčat, včetně procesů socializace,
- B) individualizace a jazykového osvojení
- C) umožnit vícerčatům odpovídající zkoušení ve škole s ohledem na jejich vývoj a možné problémové chování

8.

Dvojčata a vícerčata jsou předmětem mýtů, legend a zájmu médií, která líčí vícerčata jako odosobněné stereotypy:

Je potřeba vzdělávání veřejnosti s důrazem na školení odborníků, zdravotníků a dalších pracovníků a školitelů, aby rozptýlili mýty a šířili pravdivá fakta o narození a vývoji dvojčat a vícerčat.

9.

Dvojčata a vícerčata trpí útlakem veřejnosti z důvodu nevědomosti o jejich biologickém uspořádání a nepružnou politikou, která nevyhovuje jejich zvláštním potřebám, proto:

Dvojčata a vícerčata potřebují:

- A) informace a vzdělání o biologickém vzniku dvojčat a vícerčat
- B) zdravotní péči, vzdělání, poradenství a pružnou veřejnou politiku, která se bude zabývat jejich jedinečnými vývojovými normami, individualizačními procesy a vzájemnými vztahy. Např. tím, že umožní:
 1. léčbu zdravotně slabších vícerčat ve stejné nemocnici
 2. umístit novorozená vícerčata do společné postýlky, aby se umocnil blahodárný vliv z jejich pobytu v děloze

3. zdravotní, vývojovou a vzdělávací dostupnost, která zohledňuje vzájemný vztah mezi vícečetnými sourozenci

4. vyhnout se separovanému propouštění vícerčat z nemocnice všude tam, kde je to možné

5. každoroční přehled umístění vícečetných sourozenců do tříd a napomáhání jejich společnému nebo oddělenému umístění podle potřeb jednotlivých skupin vícerčat

6. podpora individuálních zájmů vícerčat včetně simultánní účasti vícerčat ve sportovních týmech nebo jiných skupinových aktivitách a podpora individuálních sportovních, skupinových nebo zájmových činností

7. specializované poradenství pro vícerčata, která ztratila svého vícečetného sourozence

8. poradenské služby, které se zabývají speciálními potřebami dospělých vícerčat

10.

Vícerčata – novorozenci, děti i dospělí – jako předmět zkoumání významně přispěli k vědeckému pochopení dědičných nemocí, odlišností jedinců a vzájemného vlivu prostředí a výchovy na vývoj člověka; a vzhledem k tomu, že poměrně málo víme o optimálním vedení vícečetného těhotenství a jedinečných vývojových vzorcích u vícerčat:

Vědci musí být podporováni ve výzkumu:

A) optimálního vedení vícečetného těhotenství

B) norem pro vývojové procesy, které jsou ovlivněny porodem vícečetných jedinců jako: individualizace, socializace, jazykových dovedností

C) mezníků zdravého psychologického vývoje a vhodné terapie pro vícerčata jakéhokoli věku při úmrtí jednoho z vícečetných sourozenců

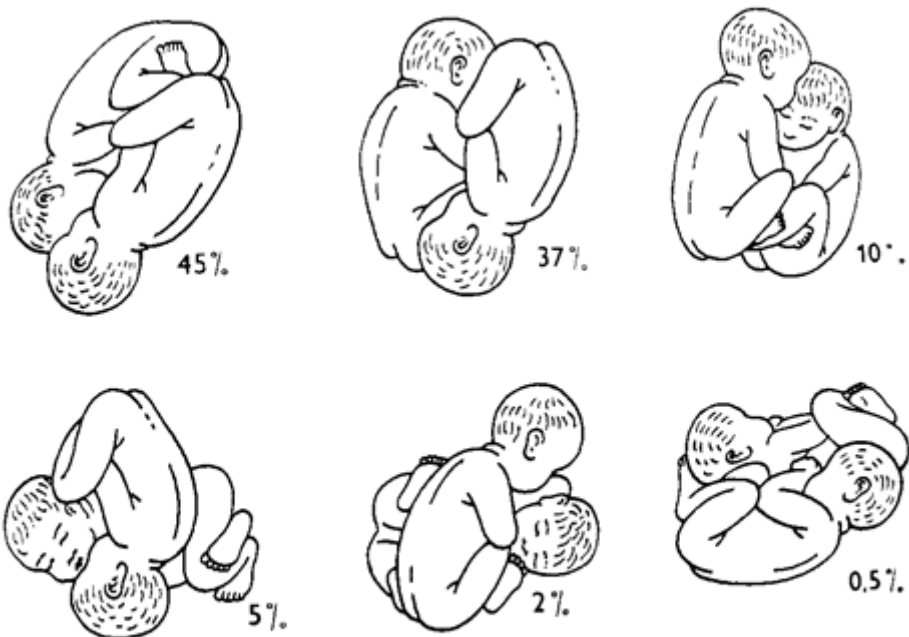
D) strategií a postupů, které mohou zlepšovat zdraví rodin s vícerčaty během období rodičovství jako např.: kojení, politika zaměstnanosti, prevence poruch nálad po porodu.

E) řešení etických otázek zdravotníky a vícečetnými rodinami jako jsou: asistovaná reprodukce, vícečetné těhotenství a jeho a

F) lékařských, vývojových a vzdělávacích postupů/léčby respektujících vztahy mezi vícerčaty

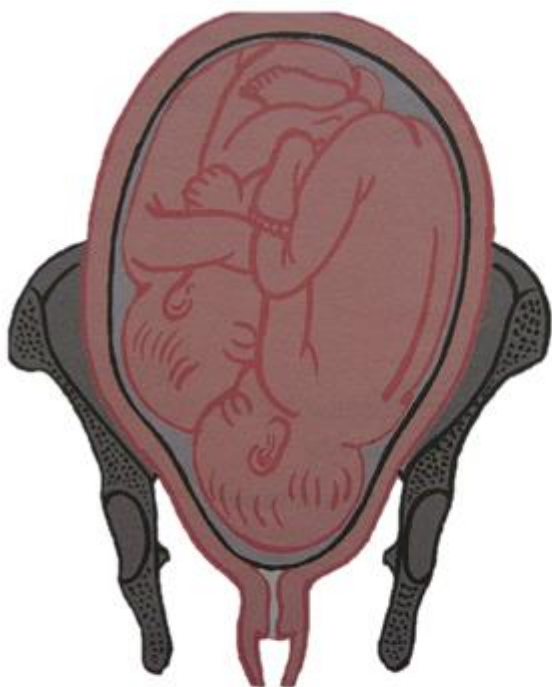
(Huffman, ©2010)

Příloha 2 - Polohy plodů v děloze



Polohy plodů u dvojčat a častost jejich výskytu

Čech, Evžen. 2006. *Porodnictví. Praha : Grada, 2006. str. 229*



dvojčata v poloze podélné hlavičkou

Čech, Evžen. 2006. *Porodnictví. Praha : Grada, 2006. str. 229*

Příloha 3 - Polohy při kojení dvojčat



boční fotbalové držení



poloha do kříže



paralelní/tandemová poloha



kojení vleže

Polohy při kojení dvojčat

Rulíková, Klára. BUDE NÁS VÍC. Českomoravská asociace Klubů dvojčat a vícčet, 2011.

Příloha 4 – Doporučené postupy s vedením porodu

GEMINI

Kde vést porod?

- Předčasný porod do 32+6 týdne – perinatologické centrum intenzivní péče;
- Předčasný porod 33+0 – 36+6 – perinatologické centrum intermediární péče;
- $\geq 37+0$ týden a více – standardní porodní sál.

Pokud nejsou splněny podmínky pro transport in utero, vést porod na porodním sále za níže uvedených podmínek. Současně kontaktovat neonologickou službu příslušného perinatologického centra.

Požadavky na vybavení porodního sálu a personální vybavení

Vybavení porodního sálu podle požadavků věstníku MZ ČR z února 2007. Vybavení neonatologického pracoviště (viz *neonatologické doporučené postupy*).

Personální vybavení: dva porodníci, z nichž jeden se specializovanou způsobilostí v oboru, pediatr se specializovanou způsobilostí v oboru (na základních pracovištích), s erudicí v neonatologii (atestací) v perinatologických centrech, dvě porodní asistentky, dvě dětské sestry, anesteziolog a anesteziologická sestra v areálu nemocnice.

Indikace plicní zralosti u předčasného porodu

Vzhledem k relativní nezralosti je posunuta indukce zralosti u předčasného porodu do 34+6 týdne. Je-li v tomto období odteklá plodová voda (PPROM) po 33+0 týdne, podle uvážení porodníka a neonatologa ukončit těhotenství do 72 hod., tj. 24 hodin po ukončení aplikace kortikosteroidů.

Ukončení těhotenství

Bichoriální a biamniální gemini (fyziologický průběh gravidity), ukončit těhotenství **nejpozději do 38+6 týdne**.

Indukce porodu je akceptovatelná před termínem porodu (nekomplikované biamniální, bichoriální gemini). Způsob porodu je stanoven podle poloh obou plodů.

Porod per vias naturales je možný, pokud oba plody jsou v poloze podélné hlavičkou a nejde o předchozí operaci na děloze. Strategii vedení porodu stanovit podle anamnézy, průběhu těhotenství a porodnické situace během porodu.

Monochoriální biamniální gemini ukončit od 34+0 do 36+6 týdne těhotenství.

Porod per sectionem caesaream:

- při nezralých porodních cestách (cervix skóre menší než 5);
- pokud se jedná o malpozici jednoho plodu;
- je-li váhový odhad jednoho z dvojčat menší než 1500 gramů;
- při váhové diskrepanci mezi oběma dvojčaty s možnou hypoxií intra partum.

Porod per vias naturales:

- oba plody v poloze podélné hlavičkou;
- pokud jsou porodní cesty připravené k porodu (cervix skóre větší než 7)
- jsou-li oba plody větší váhové kategorie než 1500 gramů;
- pokud v anamnéze není operace na děloze a průběh těhotenství byl fyziologický a kontinuální monitoring je zcela fyziologický;
- přání těhotné родit per vias naturales stvrzené podpisem dokumentu „Informovaný souhlas s vaginálním vedením porodu monochoriálních dvojčat“;
- **Cave!** 10% riziko akutní twin to twin transfuze během porodu.

Monochoriální Monoamniální gemini ukončit od 32+0 do 34+6 týdne těhotenství.

Porod per sectionem caesaream vždy!

- **Cave:** U monochoriálních dvojčat při úmrtí jednoho z nich se významně zvyšují rizika pro přežívající plod a management musí být založen na pečlivém hodnocení stavu plodu a gestačního stáří, podle kterých je nutné uvážit ukončení gravidity.

Obecné indikace k císařskému řezu u dvojčat

- Kolizní poloha plodů (1. plod v poloze podélné hlavičkou, 2. plod v poloze podélné koncem pánevním).
- Malpozice 2. dvojčete (poloha podélná koncem pánevním, poloha příčná).
- Císařský řez nebo operace na děloze v anamnéze.
- Všeobecně platné porodnické indikace k císařskému řezu.
- Při sdružených indikacích je těhotenství dvojčat významným faktorem.

Monitoring obou plodů za porodu

- Pokud vedeme porod per vias naturales, je třeba kontinuální monitoring obou plodů (kardiotokograf pro dvojčata).
- Nepřipustit protražovaný porod (stagnující nález > 3 hodiny – aplikovat uterotonika).
- Nepřipustit ani překotný porod < 1 hod. – aplikovat tokolytika.
- Je vhodná epidurální analgezie.
- Při porodu spíše podle okolností provést mediolaterální epiziotomii.
- V indikovaných případech je možné provést extrakční vaginální operaci (forceps) na první i druhé dvojče.
- VEX pouze u plodů nad 2500 gramů (hmotnostní odhad na základě provedené ultrazvukové biometrie).
- Po porodu prvního dvojčete oboustranná manuální laterální komprese děložních hran (udržení plodu v poloze podélné). Provede druhý přítomný porodník.
- Použít v závěru porodu vždy intravenózní stimulaci děložní činnosti oxytocinem, pokud nebyla již zavedena dříve.
- Interval mezi porodem prvního a druhého dvojčete nemá přesáhnout 60 minut, při kontinuální monitoraci srdeční činnosti plodu.
- Při průkazu situs transversus druhého dvojčete je indikován buď obrat vnitřními hmaty, pokud je porodník v obrazech erudován, není-li, pak sectio caesarea na druhé dvojče.

TRIGEMINI

Porod vést u živých plodů vždy per sectionem caesaream. Pokud nenastane porod dříve, podle chorionicity ukončit těhotenství do 35+6 týdne těhotenství v perinatologickém centru intenzivní péče.

QUADRIGEMINI A VYŠŠÍ

Porod u živých plodů vždy vést per sectionem caesaream v perinatologickém centru intenzivní péče.

(Hájek a kol., 2013, s. 24)

Příloha 5 - Fyziologické změny v šestinedělí

Děloha

Děloha se po porodu rychle zmenšuje a snižuje se její hmotnost z 1000g na 60g. Aby se děloha vrátila zpátky do původního stavu před těhotenstvím, dochází k involuci děložní, která se projevuje stahováním svaloviny děložní, stlačení cév a snížení množství krve do dělohy. Proto je důležitý děložní tonus. Na celý tento proces působí i hormonální vlivy. U vícečetné gravidity probíhá proces involuce pomaleji. Po porodu platí, že výška děložního fundu dosahuje k pupku. Zhruba po sedmi dnech je fundus děložní asi 2-3 prsty nad horním okrajem spony a 10. den po porodu by neměla být děloha vůbec hmatná. V případě, kdy je žena po porodu dvojčat, může být děloha mírně zvětšena. Ale i přesto by se měla děloha zavinout stejným způsobem a musí být retrahovaná. V průběhu šestinedělí odchází z pohlavního ústrojí očišťky (lochia). Tyto očišťky obsahují endometriální tkáň, krev a lymfu. V prvních dnech po porodu jsou očišťky červené (lochia rubra). Od třetího až čtvrtého dne očišťky ubývají a hnědnou (lochia fusca). Po týdnu jsou očišťky nažloutlé barvy (lochia flava) a za další týden očišťky obsahují převážně čirý, bezbarvý až bílý hlen (lochia alba).

Děložní hrdlo

Na *hrdle děložním* v průběhu gravidity dochází k nárůstu sliznice, cervikální žlázy hypertrofují a vzniká hyperplazie. Po porodu jsou na cervixu možná lacerace, ulcerace a pokrvácení tkání. Do konce prvního týdne po porodu se minimalizuje otok na děložním hrdle a krvácení ustává. Hrdlo se postupně uzavírá od vnitřní branky zhruba do třech týdnů od porodu a do šesti týdnů dojde k uzávěru zevní branky. (Koudelková, 2013, s. 21)

Vagina

Vagina se při porodu maximálně roztáhne a do původního stavu se vrací do tří týdnů. Je jen méně pružná, poševní vchod zeje a má vyhlazené poševní slizniční řasy.

Vejcovody a vaječníky

Vejcovody a vaječníky se zmenšují a vracejí se zpět do malé pánve, dochází k tomu díky hormonálním změnám v organismu. Pokud žena začne kojit, rozvíjí se u ní laktační amenorhea, která spočívá v opakované stimulaci sekrece prolaktinu a její délka souvisí s tím, jak často žena kojí za 24 hodin. Jestliže žena nekojí, první menstruace se objevuje za 6 týdnů po porodu.

Perineum

Perineum je většinou po porodu oteklé a citlivé. Poporodní poranění a epiziotomie se převážně hojí per primam, záleží na rozsahu poranění a dalších faktorech, které mají vliv na hojení rány.

Prsy

V průběhu těhotenství prochází změnami díky hormonálním vlivům (prolaktinu, placentárního laktogenu a dalším hormonům). Mění se mléčná žláza, intenzita mateřského mléka je stimulována hormonem prolaktinem a k ejekci mléka dochází vlivem oxytocinu. První dny po porodu se v prsu matky začne tvořit mlezivo (kolostrum) a v dalších dnech potom mateřské mléko. Kojení představuje nejpřirozenější způsob výživy kojenců.

(Leifer, 2004, s. 234; Čepický a kol., 2003, s. 56)

Kardiovaskulární systém

V průběhu těhotenství se množství objemu krve zvýší cca o polovinu. Proto při normální krevní ztrátě se organismus ženy s takovou ztrátou vyrovná bez problémů, pokud ne, vznikne anemie. Hemodynamické změny vzniklé v těhotenství se pozvolna vracejí zpět do původního stavu. Klesá srdeční výdej, dochází ke snížení pulzů a dechů. Důležité jsou změny v koagulačním systému. Stoupá aktivita fibrinolytického systému a hladina fibrinogenu, výsledkem pak je flebotrombóza nebo tromboembolie. (Roztočil, 2008, s. 128; Čepický a kol., 2003, s. 157)

Močový systém

V močovém měchýři po porodu zůstává reziduum. Důvodem může být nadměrné roztažení stěny močového měchýře v těhotenství, trauma v této oblasti nebo i účinky některých anestetik, které snižují pocit nucení na močení. Po porodu je zvýšenou diurézou vyloučené nadbytečné množství extracelulární tekutiny. Postupně se upravuje dilatace a hypotonie močových cest.

Trávicí systém

Funkce trávicího ústrojí se rychle normalizují a střevní kličky se vracejí zpět do své původní polohy před těhotenstvím. U nedělek často přetrvává obleněná peristaltika, proto mají častější sklon k zácpě.

Průměrný váhový úbytek během prvního dne po porodu jednočetné gravidity je cca 5 - 6,5 kg, u porodu vícečetného těhotenství je vyšší. Tento úbytek je vyvolán porodem plodů, placent, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. (Roztočil, 2008, s. 129; Čepický a kol., 2003, s. 157)

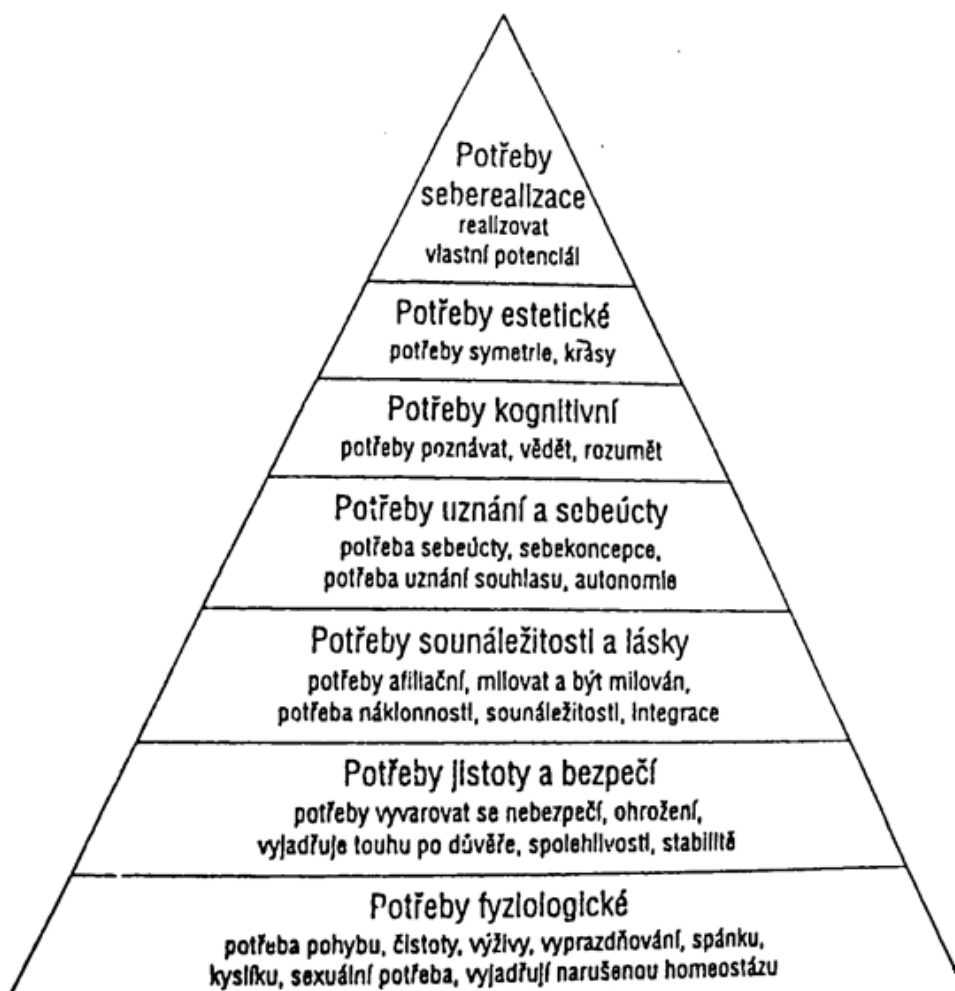
Psychický stav rodičky

Až 40% žen se setkává po porodu s psychickými změnami a depresemi. Nejčastější formou změn je *poporodní blues*, které se projevuje cca 3. - 5. den po porodu. Toto období se projevuje změnami nálad, pláčem nebo naopak euforií, poruchami spánku a bolestmi hlavy. Dost často dochází ke změně postoje k vlastnímu dítěti v negativním smyslu. Příčinou bývá přetížení matky a sociální izolace od okolního prostředí. Jedná se o naprosto normální stav, který kolem 10. dne po porodu odezní.

Poporodní (postpartárního) deprese se vyskytuje u 10 až 20% nedělek a projevuje se v různém období po ukončení těhotenství. Deprese se projevují pocity beznaděje, bezmocnosti, strachu, paniky, nadměrnou plačtivostí, nespavostí a ztrátou sebeúcty. Formy poporodní deprese se vyskytují v lehké formě, až po tendence k sebevraždě. Příznaky se většinou projeví mezi 4. - 6. týdnem po porodu, zejména u žen s depresivní atakou v anamnéze, u žen s onemocněním štítné žlázy nebo s nedostatečnou emocionální podporou od své rodiny. U ženy se můžou projevit paranoidní stavy, ty jsou velmi nebezpečné jak pro ženu, tak i pro děti. Jde o patologický stav, který je potřeba řešit. *Poporodní (puerperální) psychóza* je velmi závažný stav, který se

vyskytuje se u 0,1 % nedělek. Jedná se o amentní, manické nebo schizofrenní psychózy v šestinedělí. Onemocnění se projevuje už 2. - 3. den postpartálního období nebo až měsíc po porodu. Hlavními příznaky psychózy jsou halucinace, maniodepresivní ataky, psychická labilita, úzkost, plačtivost a další. Ženy mají suicidální tendence. Mnohdy je nutná hospitalizace s psychiatrickou a medikamentózní terapií. Úlohou PA je ženě zajistit klidné prostředí a změřit fyziologické funkce. Její pozornost se zaměřuje na celkový stav nedělky, projevy chování, reakce ve vztahu k novorozencům, rodině a svému okolí. PA všechny změny u nedělky konzultuje s lékařem. Dle ordinace lékaře zajistí odborné psychologické nebo psychiatrické konzilium, v případě nutnosti podává PA léky na zástavu laktace. (Koudelková, 2013, s. 128)

Příloha 6 - Maslowova hierarchie potřeb



Maslowova hierarchie potřeb

Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: PSYCHOLOGIE. Praha, Victoria Publishing 1995

Příloha 7 – Souhlas ÚPMD s výzkumem

Hlavní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Gabriela Kalousková

Ústav pro péči o matku a dítě

Podolské nábřeží 157, Praha 4- Podolí

Věc: Žádost o poskytnutí souhlasu s provedením kvalitativního výzkumu formou kazuistiky

Jsem studentka 3. ročníku JČU v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. V ÚPMD jsem zaměstnaná jako porodní asistentka v ambulantním úseku prenatální péče. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Potřeby žen s vícečetným těhotenstvím. Teoretická část mé práce se zabývá problematikou vícečetné gravidity z pohledu medicínského a ošetrovatelského, jsou zde zahrnuté i potřeby žen a jejich klasifikace. Praktická část bakalářské práce se týká kvalitativního výzkumu formou kazuistiky. Ke svému výzkumu bych s Vaším svolením chtěla oslovit dvě ženy s vícečetným těhotenstvím, provést krátký rozhovor, který by byl svými otázkami zaměřen na těhotenství, porod a období po porodu. K tomu, aby byla kazuistika kompletní, potřebuji nahlédnout do zdravotnické dokumentace. Pro provedení výzkumu je vypracovaná i žádost o poskytnutí výzkumu i pro oslovené respondentky. Veškeré údaje uvedené v mé bakalářské práci budou anonymní.

Výsledky mé bakalářské práce by pak mohly být použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s vícečetnou graviditou.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

V Kamenici 25. 3. 2014

Blažková Barbora

*Soudkyně, Blanka
Hlavní sestra ÚPMD*

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157
PSČ 147 00 PRAHA 4 - PODOLÍ
GABRIELA KALOUSKOVÁ

25/3/2014

Barbora Blažková

Na Výsluní 1385

Kamenice- Nová Hospoda

Tel. Kontakt: 734300331

Příloha 8 - Souhlasy s provedením výzkumného rozhovoru s respondentkami

Pani

Alexa. V

r. nar. 1978 - 7211A

Věc: Žádost o poskytnutí rozhovoru k provedení výzkumu

Jsem studentka 3. ročníku JČU v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Potřeby žen s vícečetným těhotenstvím. Ráda bych Vás požádala o laskavé svolení k rozhovoru, jehož obsah bych využila ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum formou kazuistiky, potřebuji do své práce i pár údajů ze zdravotnické dokumentace, samozřejmě jen s Vaším souhlasem. Všechny tyto poskytnuté informace jsou anonymní.

Výsledky mé bakalářské práce by pak mohly být použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s vícečetnou graviditou.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

V Kamenici 21. 3. 2014

25. 3. 2014

Blažková Barbora

Barbora Blažková

Na Výsluní 1385

Kamenice- Nová Hospoda

Tel. Kontakt: 734300331

Paní

MICHAELA L
DÍČANY

Věc: Žádost o poskytnutí rozhovoru k provedení výzkumu

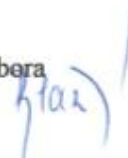
Jsem studentka 3. ročníku JČU v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Potřeby žen s vícečetným těhotenstvím. Ráda bych Vás požádala o laskavé svolení k rozhovoru, jehož obsah bych využila ke zpracování praktické části mojí bakalářské práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum formou kazuistiky, potřebuji do své práce i pár údajů ze zdravotnické dokumentace, samozřejmě jen s Vaším souhlasem. Všechny tyto poskytnuté informace jsou anonymní.

Výsledky mojí bakalářské práce by pak mohly být použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s vícečetnou graviditou.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

V Kamenici 21. 3. 2014

Blažková Barbora



20. 3. 2014

Barbora Blažková

Na Výsluní 1385

Kamenice- Nová Hospoda

Tel. Kontakt: 734300331

Příloha 9 – Otázky pro rozhovor s respondentkami

- Vyskytovalo se ve vaší rodinné anamnéze vícečetné těhotenství?
- Bylo to Vaše první těhotenství? Máte doma již nějaké dítě?
- Jde o spontánní otěhotnění nebo po IVF? O jaký typ vícečetné gravidity se jedná?
- Bylo pro Vás velké překvapení, že máte vícečetné těhotenství? Jaké pocity a obavy jste prožívala?
- Jak reagoval na tuto zprávu Váš partner, rodina a okolí?
- Vysvětlil Vám lékař, co vícečetná gravidita obnáší? Jaká jsou rizika?
- Absolvovala jste v těhotenství veškerá vyšetření? Screeningy, vyšetření OGTT, krevní odběry apod.
- Byly nějaké vyšetření, které jste vy sama odmítla? Pokud ano, tak proč?
- Kouřila jste v těhotenství, pokud ano- kolik cigaret denně?
- Měla jste nějaké dýchací potíže spojené s vaším těhotenstvím?
- Jak se tyto vaše obtíže projevovaly?
- Kdy jste poprvé zaznamenala obtížné dýchání a jaké období trimestru bylo pro Vás nejvíce zatěžující?
- Konzultovala jste svůj stav se svým lékařem nebo porodní asistentkou?
- Jaká byla Vaše výchozí váha na začátku těhotenství a jaký byl Váš celkový váhový přírůstek?
- Měla jste nějaké dietní omezení v těhotenství?
- Kolik tekutin jste průměrně vypila denně?
- Pila jste v těhotenství alkohol nebo kávu a kolik šálků denně?
- Způsobovala Vám některá jídla problémy se zažíváním?
- Měla jste nějaké oblíbené jídlo v těhotenství nebo naopak neoblíbené?
- Projevovaly se u Vás nějaké potíže zažívacího traktu, vyjmenujte jaké?
- Měla jste nějaké potíže s vyprazdňováním v souvislosti s těhotenstvím?

- Vyjmenujte, jaké nejčastější potíže spojené s graviditou se u Vás vyskytly – plynatost, průjem, zácpa?
- Jaké jste vnímala nejčastější potíže spojené s močením v těhotenství?
- Obtěžovaly vás tyto potíže i během noci?
- Trpěla jste v těhotenství bolestmi zad?
- Cvičila jste v těhotenství?
- Jaké sportovní aktivity jste měla před těhotenstvím a jak se změnila Vaše pohybová aktivita vzhledem ke graviditě?
- Jak jste trávila svůj volný čas v těhotenství?
- Trápily Vás v těhotenství potíže se spaním nebo usínáním?
- Jak jste se cítila po probuzení- unaveně, odpočatě?
- Zaznamenala jste na sobě v průběhu těhotenství nějaké kožní změny? Strie apod.
- Nosila jste vhodný oděv a obuv v těhotenství?
- Získala jste vždy potřebné informace ohledně svého zdravotního stavu od svého lékaře?
- Vysvětlila Vám porodní asistentka srozumitelně veškeré výkony s Vámi spojené?
- Měla jste pocit, že se můžete spolupodílet na rozhodování ohledně Vašeho těhotenství?
- Musela jste kvůli těhotenství být doma v klidovém režimu?
- Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurz?
- Měla jste dojem, že jste byla porodní asistentkou dostatečně edukována ve všech oblastech těhotenství?
- Myslíte si, že je v současné době dostatečné množství kvalitního informačního materiálu pro ženy s vícečetným těhotenstvím?
- Jak celkově hodnotíte průběh vašeho těhotenství?
- Rodila jste vaginálním způsobem nebo císařským řezem? Porod byl plánovaný nebo akutní?
- Získala jste dostatek informací o způsobu vedení porodu?

- Vysvětlil Vám lékař všechny dotazy srozumitelně?
- Připravila jste si s sebou porodní plán? A jaký máte na něj názor?
- Byla jste před plánovaným porodem předem hospitalizovaná?
- Absolvovala jste předoperační přípravu?
- Měla jste pocit, že jste dostatečně informovaná ze strany porodních asistentek o všech výkonech, přípravě a celkově o ošetrovatelské péči o Vás?
- Jak jste se cítila po psychické stránce? Co Vám způsobovalo největší obavy?
- Bylo něco, co Vám při hospitalizaci bylo vysloveně nepříjemné?
- Jak u Vás probíhal samotný porod? Jaké jste měla pocity, dojmy?
- Proběhl Váš porod bez komplikací?
- Měla jste možnost si vzít doprovod k porodu? Otce dítěte, kamarádku nebo dudu?
- Chtěl Váš partner být u porodu sám nebo to bylo Vaše přání? Byl Vám oporou?
- Jaký byl zdravotní stav vašich dětí?
- Byly Vám děti ihned po porodu přiloženy k prsu?
- Co bylo pro vás v tomto období největší zátěží?
- Dostala jste potřebné informace o zdravotním stavu vašich dětí?
- Jakým způsobem u Vás probíhalo poporodní období?
- Byla jste po porodu na pooperačním oddělení?
- Kdy jste byla přeložená na standartní oddělení?
- Kdy jste mohla poprvé vstávat po operaci?
- Měla jste nějaké potíže s močením, zvracením, apod.
- Cítila jste velké bolesti břicha po operaci? Dostala jste nějaké léky proti bolesti?
- Kojila jste? Jak dlouho? Jaké techniky při kojení jste používala?
- Měla jste nějaké problémy s prsy? Ve smyslu poranění, bolestivost?
- Jak jste tyto potíže řešila?

- Musela jste svoje děti dokrmovat náhradním mlékem?
- Jak jste celkově zvládala péči o děti?
- Co Vám z počátku dělalo největší potíže v péči o novorozence?
- Jak jste tuto zátěž nesla po psychické i fyzické stránce?
- Máte dojem, že jste vždy našla na internetu nebo v knihách a časopisech potřebné informace k vícečetnému těhotenství?
- Jak byste celkově zhodnotila průběh poporodního období?