



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Tereza Hloušková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Vesková

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím* jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 4. 2024

.....

Tereza Hloušková

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat paní Mgr. Veronice Veskové za cenné rady, odborné vedení a podporu během psaní této bakalářské práce.

Dále děkuji informantkám za ochotu a čas, který mi věnovaly při poskytování důležitých informací pro tuto bakalářskou práci. Vaše odpovědi byly velmi cenné a přispěly k úspěšnému dokončení této práce.

V neposlední řadě patří velké díky mé rodině, která mě během celého studia podporovala.

Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o ženu s vícečetným těhotenstvím. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na vznik vícečetného těhotenství, faktory ovlivňující jejich výskyt a péči porodní asistentky. Dále se věnuji problematice rizik spojených s vícečetným těhotenstvím, které mohou postihnout matku i plod, prenatální péči a možnosti vedení porodu dvojčata, či vícčetat. V neposlední řadě jsem se na závěr zabývala také šestinedělím, kam jsem zařadila hlavně kojení a patologické stavy po porodu.

Praktická část si kladla za cíl zjistit, jak vícečetné těhotenství vnímají ženy prvorodičky oproti vícetodičkám a jaké je provázely komplikace během tohoto období. Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Šetření probíhalo v období únor až duben roku 2024 a výzkumný soubor tvořily ženy po vícečetném těhotenství, které porodily za posledních šest měsíců.

Při sestavování otázek pro rozhovor jsem vycházela z teoretické části práce, kdy jsem měla možnost při zpracovávání porozumět problematice. Rozhovor tvořilo 12 otázek. Jejich souhlasy s výzkumem byly poté vysloveny ústně. Rozhovory probíhaly formou on-line videohovoru. Celá výzkumná část je rozdělena do kategorií, které se následně dělí na podkategorie.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaký jsou rozdílné pocity vícečetného těhotenství u ženy prvorodičky oproti vícetodičce. Druhá výzkumná otázka se zabývala komplikacemi, které ženy trápily během vícečetného těhotenství.

Výstupy z praktické části bakalářské práce mohou být využity jako pomocný materiál ženám s vícečetným těhotenstvím či na odborných seminářích při výuce studentek porodní asistence.

Klíčová slova: žena; vícečetné těhotenství; dvojčata; ošetrovatelská péče; rizikové těhotenství; prenatální péče; císařský řez; šestinedělí

Care of woman with a multiple pregnancy

Abstract

This bachelor's thesis deals with the care of a woman with a multiple pregnancy. The work is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part, I focus on the emergence of multiple pregnancies, factors affecting their occurrence and the care of the midwife. I also deal with the issue of risks associated with multiple pregnancy, which can affect both the mother and the fetus, prenatal care and the possibility of managing the birth of twins or multiples. Last but not least, at the end, I also dealt with postpartum, where I mainly included breastfeeding and pathological conditions after childbirth.

The practical part aimed to find out how first-time mothers perceive multiple pregnancies compared to multiple mothers and what complications accompanied them during this period. The method of qualitative research through semi-structured interviews was chosen. The investigation took place between February and April 2024, and the research group consisted of women after multiple pregnancies who gave birth in the last six months.

When compiling the questions for the interview, I was based on the theoretical part of the work, when I had the opportunity to understand the issue during processing. The interview consisted of 12 questions. Their consents to the research were then given verbally. The interviews took place in the form of an online video call. The entire research part is divided into categories, which are subsequently divided into subcategories.

The first research question investigated the different feelings of a multiple pregnancy in a primiparous woman compared to a multiparous woman. The second research question dealt with the complications women suffered during multiple pregnancies.

The outputs from the practical part of the bachelor's thesis can be used as auxiliary material for women with multiple pregnancies or at professional seminars when teaching midwifery students. Key words: woman; multiple pregnancy; twins; nursing care; risk of pregnancy; prenatal care; caesarian operation; puerperium

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Vícečetné těhotenství	10
1.1.1 Klasifikace	10
1.1.2 Etiologie	11
1.2 Diagnostika vícečetného těhotenství	12
1.3 Rizika související s vícečetným těhotenstvím	12
1.3.1 Rizika pro matku	13
1.3.2 Rizika pro plod a novorozence	13
1.4 Prenatální péče o ženu s vícečetným těhotenstvím	15
1.4.1 Prenatální péče u bichoriálních dvojčat	16
1.4.2 Prenatální péče u monochoriálních biaminálních dvojčat	16
1.4.3 Prenatální péče u monochoriálních monoaminálních dvojčat, trigeminy a více	16
1.5 Vedení porodu vícečetného těhotenství	16
1.6 Šestinedělí u vícečetného těhotenství	20
1.7 Péče porodní asistentky o ženu s vícečetným těhotenstvím	24
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
2.1 CÍLE PRÁCE	25
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
3 METODIKA VÝZKUMU	26
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU	26
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	26
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	27
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ŽEN S VÍCEČETNÝM TĚHOTENSTVÍM	27
4.2 VNÍMÁNÍ VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ	29
4.3 KOMPLIKACE ŽEN PŘI VÍCEČETNÉM TĚHOTENSTVÍ	33
5 DISKUZE	37
6 ZÁVĚR	38
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	38
8 SEZNAM PŘÍLOH	41
9 SEZNAM ZKRATEK	42

Úvod

Vícečetné těhotenství, tedy těhotenství s více než jedním plodem v děloze ženy, je celkem vzácným jevem, avšak v posledních letech se jeho výskyt zvýšil kvůli stále se zvyšujícímu věku matek při početí, zlepšené diagnostice a léčbě neplodnosti a také díky nárůstu počtu asistované reprodukce. Ke vzniku vícečetného těhotenství může dojít oplodněním jednoho nebo více vajíček jednou nebo více spermiemi. I když narození vícečetných dětí může být pro mnoho rodin radostnou událostí, přináší také rizika pro matku i plody.

Téma této bakalářské práce „Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím“ jsem si zvolila proto, že bych chtěla znát pohled žen s vícečetným těhotenstvím na kvalitu poskytované péče, jaké je v tomto období doprovázely komplikace. Zajímá mě, jak vnímaly kvalitu péče lékařů a porodních asistentek a také schopnost komunikace ošetřujícího personálu. Každá žena vnímá své těhotenství jinak a mělo by tak být k ženám i přistupováno. Výsledky bakalářské práce by mohly sloužit jako pomocný materiál pro ženy s vícečetným těhotenstvím, popřípadě při výuce budoucích porodních asistentek.

1 Současný stav

1.1 Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství je stav, kdy se v děloze ženy nevyvíjí pouze jeden plod a může se také stát i situace, kdy se v děloze vyvíjí plod a druhý se implantuje mimo dělohu, například ve vejcovodech (Roztočil et al., 2017). Vícečetná těhotenství jsou vždy brána jako riziková, protože jsou zatížena zvýšenou perinatální morbiditou a mortalitou, což znamená větší riziko úmrtí nebo komplikací u novorozenců (Procházka et al., 2018). Jde o stav, který ve srovnání s jednočetným těhotenstvím klade mnohem vyšší nároky na organismus těhotné ženy a bývá častěji spojována s řadou komplikací v průběhu těhotenství a porodu i s některými komplikacemi, které jsou pro vícečetnou graviditu specifické (Velebil et al., 2014). Nejčastějším důsledkem morbidity a mortality je prematurita (Dubová et al., 2022). Mimo to si vícečetná gravidita žádá na rodinu vyšší nároky, protože péče o více novorozenců může být náročná a vyžaduje více pozornosti a financí (Velebil et al., 2014). Z důvodu vyšší morbidity, mortality a prematurity je také více zatížen systém perinatální péče (Dubová et al., 2022).

Mnohočetné těhotenství je pro systém perinatální péče více náročné, protože je nutná specifická, intenzivní zdravotnická péče a právě z těchto důvodů je nutné vícečetné těhotenství sledovat s větší pozorností a intenzitou (Velebil et al., 2014).

Před dvaceti lety byl jeden porod dvojčat na 80 všech porodů. Avšak v současné době je nárůst porodů dvojčat téměř dvojnásobný (Pašková, 2022). V posledních několika dekádách jsme byli svědky nárůstu incidence těchto gravidit, zejména v souvislosti s programem asistované reprodukce (Procházka et al., 2018). Velebil jako důvod uvádí, přenos více embryí při snaze o vyšší úspěšnost.

Porodní asistentka je kompetentní osobou v péči o ženy při fyziologickém těhotenství, porodu šestinedělí, ovšem může pečovat i o ženy s diagnostikovaným vyšším rizikem ve spolupráci s lékařem (UNIPA, 2021).

1.1.1 Klasifikace

Vícečetné těhotenství dělíme na dvojčata (gemini), trojčata (trimini), čtyřčata (quadrimumi) (Roztočil, et al., 2017). Frekvence se udává podle Helinova pravidla: dvojčata 1:85 jednočetných gravidit, trojčata 1: 85² jednočetných gravidit, čtyřčata 1: 85³

jednočetných gravidit (Roztočil et al., 2020). Nejčastěji jde o porody dvojčat, výskyt trojčat se u nás pohybuje okolo 10-20 případy za rok, čtyřčata se objevují jen výjimečně, stejně jako paterčata, u která v roce 2013 skončilo v České republice úspěšně dokonce těhotenství paterčat (Velebil et al., 2014). Pro zjištění, o jaké vícečetné těhotenství se jedná, využíváme ultrazvuk, který je v diagnostice velmi důležitý, protože u jednovaječných dvojčat je vyšší riziko komplikací, než u dvojčat dvojvaječných (Velemínský et al., 2017).

Pokud se rozdělí již vytvořená blastocysta, vzniknou monozygotická dvojčata (jednovaječná), která vznikají po oplození jednoho oocyту jednou spermií (Roztočil, et al., 2017). Jsou vždy stejného pohlaví, sdílejí spolu genetickou výbavu, podobu, vlastnosti i schopnosti a dále také společnou placentu, což znamená, že mohou být buď monoamniální, tzn. s jednou amniální dutinou, nebo biamniální, tedy se dvěma amniálními vaky (Roztočil et al., 2020). Z celkového počtu dvojčat jsou jednovaječná méně častá, je jich cca 25 % (Pašková, 2022).

Dojde-li k oplození dvou oocytů dvěma odlišnými spermiemi, vznikají dizygotická (dvouvaječná) dvojčata (Procházka et al., 2018). Jedná se o nejčastější typ dvojčat (Pašková, 2022). Během jedné ovulace se uvolňuje jedno vajíčko, avšak někdy může dojít k uvolnění dvou najednou (Vítková Rulíková, 2016). Tato dvojčata si oproti jednovaječným nejsou psychicky či fyzicky podobná (Pašková, 2022). Nazýváme je gemini biamniální bichoriální, mají každé vlastní placentu, každý plod se nachází v oddělené amniální dutině, mohou být rozdílného pohlaví a každý plod si nese jinou genetickou výbavu (Procházka et al., 2018). U dvojvaječných dvojčat se může stát, že v průběhu těhotenství dojde ke srůstu placenty (Pašková, 2022).

Monozygotická dvojčata se vyskytují v poměru k dizygotickým cca 1 : 5 (Roztočil et al., 2020). Perinatální mortalita je vyšší u monochoriálních dvojčat než u bichoriálních, nejvyšší je pak u dvojčat monoamniálních a srostlic (Procházka et al., 2018).

1.1.2 Etiologie

V posledních letech se u léčby sterility hojně užívají stimulované cykly, tudíž se výskyt vícečetného těhotenství zvyšuje (Roztočil et al., 2020). Pokud stimulujeme ovulaci klomifencitrátem, je výskyt vícečetného těhotenství zhruba 10 %, zatímco po použití gonadotropinů je možné, že frekvence vícečetných gravidit bude okolo 20–55 % (Roztočil et al., 2017). Aniprolaktinemia na frekvenci vícečetných těhotenství nemají

vliv, ale pokud léčíme sterilitu pomocí asistované reprodukce, je riziko vzniku zvýšeno o 2,3 %, což znamená, dvojnásobný počet vícečetných těhotenství oproti těhotenstvím s jedním plodem (Roztočil et al., 2020).

Mezi další faktory, které mají vliv na vznik vícečetných gravidit patří: rasa, dědičnost, vyšší věk, multiparita, nutriční faktory (častější výskyt při lepší výživě), a zejména indukce ovulace v programech asistované reprodukce (Procházka et al., 2018). Pokud mluvíme o věku rodičky, tak tady platí, že čím je matka starší, je riziko vícečetné gravidity vyšší (Roztočil et al., 2017). Vyšší pravděpodobnost vícčetat mají ženy nad 35 let a také ty, které plánují čtvrté či páté dítě, protože šanci se zvyšuje s počtem předešlých těhotenství (Pašková, 2022). Nejmenší zastoupení vícečetných gravidit je u žluté rasy, dále u bílé a největší u negroidní (Roztočil et al., 2017). Během vývoje vícečetného těhotenství se může stát, že se změní na méně četnou graviditu a to buď spontánně, kdy zanikne jeden či více plodů, anebo iatrogenní, při selektivní redukci vícečetného těhotenství (Velebil et al., 2014).

1.2 Diagnostika vícečetného těhotenství

Důležité je základní prenatalní vyšetření v poradně s gravidometrií (Roztočil et al., 2017). Na začátku těhotenství mohou být vyšší hodnoty hCG, oproti jednočetnému těhotenství a při palpačním vyšetření je děloha větší, než by odpovídalo délce vynechání menstruace (Procházka et al., 2018). Hlavní metodou pro rozpoznání vícečetného těhotenství je v dnešní době ultrazvuk (Roztočil et al., 2020). Protože je v České republice povinný dvoufázový ultrazvukový screening v graviditě (ve 20. a 30. týdnu těhotenství), je jisté, že se vícečetná gravidita vždy pozná (Roztočil et al., 2017). Do 12.týdne je nutné určit vícečetnou graviditu pomocí ultrazvuku i s určením chorionicity (Marešová, 2021). Během prvního trimestru je možné určit počet gestačních váček, také počet vitálních embryí, poté i díky ultrazvuku dokážeme najít a sledovat komplikace vzniklé na začátku těhotenství (Procházka et al., 2018).

1.3 Rizika související s vícečetným těhotenstvím

Rizika vícečetné gravidity se dělí na rizika postihující matku a ta, která postihují plod (Roztočil et al., 2017). Prevence těchto rizik je velmi složitá (Roztočil et al., 2020).

1.3.1 Rizika pro matku

Přestože i vícečetné těhotenství může probíhat bez větších komplikací, často se objevuje řada vážných i méně vážných problémů (Velebil et al., 2014). Vícečetná gravidita si žádá vyšší nároky na adaptaci organismu matky, než těhotenství jednočetné (Roztočil et al., 2020).

Následkem působení progesteronu ženy s vícečetným těhotenstvím častěji trpí na rané nevolnosti na začátku gravidity (Roztočil et al., 2017). Ženy více trápí nedostatek železa a zvýšený tlak, bolesti páteře, gestační diabetes, či těhotenská hepatóza (Velebil et al., 2014). O 20 % je zvýšené riziko potratu během prvního trimestru, dále riziko vzniku preeklampsie u žen s vícečetnou graviditou je u prvorodiček 5x a u vícero diček 10x častější (Roztočil et al., 2017). Z důvodu větší placentární plochy je i více časté peripartální krvácení (Roztočil et al., 2020). Dále matku postihují problémy jako je nadměrný váhový přírůstek, bolesti hlavy, dušnost, pánevní instabilita a varikozita žil v dolní polovině těla (Roztočil et al., 2017). Kvůli velké děloze jsou vyšší objemové nároky, tzn. tvorba varixů, špatná žilní cirkulace, dále velká děloha působí na gastrointestinální trakt či na močové cesty, a také obtížnější dýchání způsobeno elevací bránice (Roztočil et al., 2020). Těhotné ženy se mohou být častěji hospitalizované, kvůli nutnosti řešit komplikace (Roztočil et al., 2017). Také je dvakrát zvýšené riziko úmrtí matky (Procházka et al., 2018). Ve většině případů se vícečetné těhotenství ukončuje císařským řezem (Roztočil et al., 2017). Kvůli hyperdistenzi dělohy se častěji můžeme setkat s poporodním krvácením (Velebil et al., 2014). Zejména v šestinedělí řadíme k problémům psychické obtíže, kdy nejvíce vidáme nejen poporodní blues, ale i poporodní deprese. V tomto případě se laktační psychóza většinou nevyskytuje (Roztočil et al., 2017).

1.3.2 Rizika pro plod a novorozence

Vícečetná gravidita je z pohledu vzniku rizik ohroženější, než je tomu u jednočetných gravidit (Pašková, 2022). Je také velmi často riziková z důvodu předčasného porodu (Studničková et al., 2016). Monochoriální dvojčata řadíme do kategorie s vyšším rizikem oproti dvojčatům bichoriálním, avšak nejrizikovější jsou dvojčata monochoriální monoamniální (Velebil, 2014). Perinatální mortalita je 10x zvýšená než u těhotenství jednočetného a vyšší riziko zaznamenáváme u dvojčat monozygotických (Procházka et

al., 2018). Na začátku gestace jsou plody ohroženy potratem, dále je 2x vyšší riziko vzniku vrozených vývojových vad (Roztočil et al., 2017).

Předčasný porod

Hlavním důvodem vyšší novorozenecké úmrtnosti je předčasný porod, se kterým souvisí nezralost plodů (Procházka et al., 2018). Předčasný porod se vyskytuje až v 50 % a projevuje se děložními kontrakcemi nebo odtokem plodové vody (Roztočil et al., 2017). Důvodem předčasného porodu je hyperdistenze dělohy, která je více dráždivá a poté dochází ke zkracování porodních cest a otevírání hrdla děložního, avšak kontinuálními prohlídkami a následnou hospitalizací je možné toto ovlivnit (Pašková, 2022). Bylo zjištěno, že při redukci trojčat na dvojčata je sníženo riziko předčasného porodu z 50 % na 17 % (Sebghati et al., 2021). Při předčasném porodu je pro novorozence riziko dýchacích či neurologických problémů (Pašková, 2022).

Syndrom mizejícího dvojčete

Díky ultrazvuková diagnostice se setkáváme se syndromem mizejícího dvojčete (Velebil et al., 2014). Jde o němé odumření a následnou resorpci jednoho plodu (Roztočil et al., 2020). Tento stav nemusí mít žádné klinické příznaky, nebo se může projevit slabým krvácením, jak je tomu u hrozícího potratu (Roztočil et al., 2017). Jestliže k němu dojde do 24. týdne u dvojvaječných dvojčat, je prognóza druhého plodu ve většině případů nadějná (Binder et al., 2015).

Vrozené vývojové vady

Oproti jednočetné graviditě je u vícečetné gravidity častější výskyt těchto vad a vyšší riziko vzniku je především u monoamniálních dvojčat (Roztočil et al., 2017). Obě dvojčata mohou být postižena v cca 15 % (Roztočil et al., 2020). Jako specifickou VVV můžeme označit srostlici, neboli siamská dvojčata (Roztočil et al., 2017). Tato vada je velmi vzácná a její prognóza je závažná až nepříznivá (Procházka et al., 2018). Bývá v 70 % ženského pohlaví (Roztočil et al., 2020). K dalším VVV vícečetných těhotenství řadíme srůsty končetin, fetus in fetu a vady neurální trubice (Roztočil et al., 2017). Oproti jednočetnému těhotenství jsou u vícečetného chromozomální vady 2x častější (Roztočil et al., 2020).

Fetofetální transfuze

Častým problémem u monochoriálních dvojčat je TTTS syndrom tzv. twin to twin transfusion syndrome, který postihuje 15-20 % monochoriálních dvojčat (Procházka et al., 2018). Do 20.týdne většinou není patrný (Pašková, 2022). Tento problém nastává na základě cévních spojek mezi placentami obou plodů, kdy jeden plod dostává větší množství krve, zatímco druhý je anemický a hypotrofický (Roztočil et al., 2020). Pokud není TTTS zjištěn, bez léčby představuje v 90 – 100 % pokročilých případech nejvýznamnější příčinu ztráty dvojčete před dosažením viability. (Miller, 2021). Jeden plod se stává transfuzujícím donorem a druhý transfuzovaným recipientem a tím dochází tak k velkému rozdílu v hmotnosti (Roztočil et al., 2020). Druhý plod (recipient) je hydropický, rozvíjí se polycytemie, je patrná zvětšená náplň močového měchýře a polyhydramnion (Procházka et al., 2018). Mortalita může být až 90% (Roztočil et al., 2020). Je důležité časté UZ vyšetření a léčba spočívá ve vypálení spojek cév v placentě a odsátí plodové vody (Pašková, 2022). Bez léčby je šance na přežití pro plody okolo 10 % (Procházka et al., 2018).

Poruchy růstu

Velkým rizikem je asymetrický intrauterinní vývoj plodů (Roztočil et al., 2017). Častým důvodem jsou nitroděložní infekce či špatná funkce placenty (Velebil et al., 2014). Frekvence IUGR jednoho z dvojčat se udává až ve 25 - 33 % (Roztočil et al., 2017). Pokud je rozdíl mezi velikostí plodů o 25 % či větší, jsou menší plody více zatíženy neonatální mortalitou (Velebil et al., 2014).

1.4 Prenatální péče o ženu s vícečetným těhotenstvím

Z důvodu možných častějších komplikací je prenatální péče o vícečetné těhotenství specifická (Velebil, 2014). Během prenatální péče se o ženu starají gynekolog-porodník, neonatolog, porodní asistentka, popřípadě psycholog (Bartošová, 2020). Žena by měla docházet do rizikové poradny nebo do perinatologického centra (Binder et al., 2015). Během prenatální péče dokážeme rozpoznat těhotenské komplikace, a to jak pro matku, tak pro plody (Procházka et al., 2018). Velice důležité je provedení UZ vyšetření do 14.týdne s určením chorionicity a amniocity (Velebil, 2014). Dále také určení gestačního stáří na základě měření temeno-kostrční vzdálenosti, tzv. CRL (Procházka et al., 2018). Doporučuje se sledovat symetričnost vývoje obou plodů pomocí UZ každé 2-3 týdny (Binder et al., 2015). V průběhu návštěv v prenatální poradně jsou prováděna pravidelná

i nepravidelná vyšetření podobná jako u těhotenství jednočetných (Procházka et al., 2018). Avšak postup se odlišuje na základě chorionicity, amnionicity (Bartošová, 2020). Klademe důraz na včasné rozpoznání rizik a komplikací, jako je hypertenze, anémie, preeklampsie, či diabetes a také rozpoznání známek předčasného porodu (Velebil, 2014). Jako prevenci anémie podáváme přípravky obsahující železo a kyselinu listovou (Roztočil et al., 2020). Pomocí pravidelných UZ vyšetření vždy zjišťujeme počet plodů, vitalitu, chorionicitu, amnionicitu, polohu plodů, biometrii plodů, lokalizace placent, množství plodové vody a také cervikometrii (Bartošová, 2020). Screening Downova syndromu se provádí v prvním trimestru a tripple test není tak spolehlivý jako u jednočetné gravidity (Procházka et al., 2018).

1.4.1 Prenatální péče u bichoriálních dvojčat

Prenatální péče u komplikovaného těhotenství je prováděna v perinatologickém centru (ČGPS, 2022). Od 22.týdne každé dva týdny hodnotíme vaginální nález, ale žena není preventivně hospitalizována, pouze přichází do poradny na UZ vyšetření v intervalu každé 4 týdny a od 36.týdne jednou týdně dochází i na non-stress test (Bartošová, 2022).

1.4.2 Prenatální péče u monochoriálních biaminálních dvojčat

Prenatální péče prováděna v perinatologickém centru (ČGPS, 2022). Probíhá každé dva týdny od 16.týdne těhotenství pokaždé i s UZ kontrolou a poté od 32. týdne je doporučena hospitalizace, během které se každý den provádí non-stress test (Bartošová, 2022).

1.4.3 Prenatální péče u monochoriálních monoaminálních dvojčat, trigeminy a více

Prenatální péče prováděna v perinatologickém centru (ČGPS, 2022). Probíhá každé dva týdny od 16.týdne těhotenství pokaždé i s UZ kontrolou, kde hodnotíme biometrii plodů, množství plodové vody a pulzatilní index v artérii pupečníku (Bartošová, 2022). Mezi týdny 20.-22. provádíme cervikometrii a poté také hodnotíme i průtokové rychlosti v mozkové tepně (ČGPS, 2022). Od 32. týdne je doporučena hospitalizace, během které se každý den provádí non-stress test (Bartošová, 2022).

1.5 Vedení porodu vícečetného těhotenství

Ukončení vícečetné gravidity musí být naplánované dopředu již v prenatální poradně (Roztočil et al., 2020). Dle anamnézy, průběhu gestace a porodnické indikaci je třeba sestavit strategii vedení porodu (Slezáková, 2017). Důležitým faktorem na způsob vedení

porodu je především poloha obou plodů, jejich odhadovaná porodní hmotnost a také gestační stáří v době porodu (Velemínský, 2017). Porod vícečetného těhotenství by měl probíhat na pracovišti, které je na tyto porody personálně a technicky vybaveno, tzn. v perinatologických specializovaných centrech (Velebil, 2014). Je nutné, aby byla žena přijata včas do porodnice, abychom se mohli v klidu rozhodnout o způsobu vedení porodu, avšak není třeba, aby byla žena hospitalizována již od 28.týdne, jako tomu bylo dříve, pokud je těhotenství fyziologické (Velemínský, 2017). Ovšem během rozhodování o strategii vedení porodu nesmíme zapomínat i na přání rodičky (Bartošová, 2020).

Na běžných porodních sálech jsou možné pouze porody donošených, tedy od 37+0, bichoriálních biamniálních dvojčat (Velebil, 2014). Dle doporučených postupů (2022) by měl porod u dvojčetného těhotenství bichoriálního, které je rizikové, dále monochoriálního anebo více než dvojčetného probíhat v perinatologickém centru. Marešová uvádí, že možnost porodu monochoriálních monoamniálních dvojčat na standardním porodním sále od ukončeného 36.týdne, pokud nejsou splněny podmínky k transportu, avšak je nutné kontaktovat neonatologii v perinatologickém centru. Dále doporučené postupy (2022) uvádějí, že pokud nejde transportovat in utero do perinatologického centra, je možné vést i porod dvojčetného bichoriálního, monochoriálního nebo více než dvojčetného v kterékoliv porodnici.

Ukončení dvojčetného těhotenství, které je bez komplikací, je načasováno u bichoriálního mezi 37+0 a 38+6, u monochoriálního biamniálního mezi 36+0 a 36+6 a monoamniálního mezi týdnem 32+0 a 33+6 (ČGPS, 2022). U trigeminy, event. vícčetat, je nutné ukončit nejpozději do 35.+6 týdne těhotenství (Marešová, 2021).

Při porodu dvojčat by měli být vždy přítomni dva porodníci, kdy jeden z nich má atestaci II.stupně, pediatr s erudicí v neonatologii, dvě porodní asistentky, dvě dětské sestry a anesteziolog s anesteziologickou sestrou v areálu nemocnice (Roztočil et al., 2017).

Vaginální porod

Pro vedení porodu vaginálně je třeba mít kromě personálu také potřebné vybavení ke kontinuální monitoraci obou plodů (Bartošová, 2020). Rizikem je kolizní poloha dvojčat, kdy během průchodu porodním kanálem se o sebe mohou zaklesnout bradami (Binder et al., 2015). Nejvhodnější je poloha, kdy jsou oba plody podélně hlavičkou (Bartošová, 2020). Ostatní polohy plodů jsou vedeny per sectionem caesaream (Binder et al., 2015).

Po porození prvního plodu je zapotřebí dirupce vaku blan a popřípadě aplikovat oxytocin pro posílení kontrakcí (Bartošová, 2020). Porod jednovaječných dvojčat a dvojčat u porodu do 32.týdne je veden také operačně, bez ohledu na postavení plodů (Velemínský, 2017). Pokud je doba mezi porody dvojčat delší než 30 minut, je zvýšené riziko porodu císařským řezem, z důsledku například prolapsu pupečníku nebo rychle stažené dělohy (Root et al., 2024). Bartošová (2020) uvádí, že by interval neměl přesáhnout 60 minut.

Císařský řez

Provádí se při kolizní poloze, malpozici jednoho z dvojčat, u monoamniálních-monochoriálních a také u trigeminy a více (Bartošová, 2020). Porod per s.c. u vícečetného těhotenství má své zvláštnosti. Přimknutí, neboli apozice dělohy po odtoku plodové vody při předčasném porodu, či po porodu prvního plodu může vést k rozšíření hysterotomie (Velebil, 2017). Operovat by měl vždy porodník s dostatečnými znalostmi těchto stavů (Bartošová, 2020).

Vedení předčasného porodu

Předčasný porod znamená těhotenství do 37+0, ale za viabilitu plodu považujeme ukončený 24.týden těhotenství (Roztočil et al., 2017). Není třeba provádět preventivní cerkláž nebo tokolýzu, neovlivňují četnost předčasných porodů (Roztočil et al., 2020). Prematurita plodů není indikací k primárnímu porodu s.c., pokud k němu není indikace (Roztočil et al., 2017). Indukce plicní zralosti je nutná do 34.týdne (Marešová, 2021). Pokud je prokázán předčasný odtok plodové vody, do 34+6 je potřeba indukce plicní zralosti plodu pomocí betamethasonu nebo dexamethazonu (Roztočil et al., 2020). Po podání indukce do 72 hodin od začátku podání je třeba ukončit těhotenství (Roztočil et al., 2017). Pokud nejsou zralé porodní cesty, tzn. cervix skóre menší než 6, indikuje se porod per s.c., stejně tak jako pokud je odhad hmotnosti jednoho z plodů 1500 g a méně. Za kontraindikaci považujeme preindukci (Marešová, 2021).

Při vaginálním porodu jsou nutné podmínky uvedené v kapitole Vedení porodu. Dále je třeba vést porod jako u dvojčat v termínu, mít možnost provést akutní císařský řez do 15 minut a také je nutné provést profylaktickou epiziotomii (Roztočil et al., 2017). Při nitroděložním úmrtí jednoho z plodů po 32. týdně ukončujeme gestaci do 24 hodin (Marešová, 2021). Uterotonika po porodu obou dvojčat aplikujeme i.v., kdy se používá Carboprost či Duratocin (Roztočil et al., 2020).

Vedení porodu v termínu

Při porodu donošených dvojčat je vhodné preventivně hospitalizovat a naplánovat ukončení těhotenství mezi 38. a 39. týdnem, potermínové těhotenství není vhodné (Roztočil et al., 2020). Indukce a preindukce porodu probíhá jako u jednočetné gravidity (Roztočil, 2017). Při porodu je důležité kontinuálně monitorovat ozvy obou plodů (Slezáková, 2017).

První doba porodní bývá častěji protrahovanější z důvodu nadměrně roztažené dělohy a neefektivních děložních kontrakcí, avšak my si můžeme pomoci dirupcí vaku blan a podáním infuze s oxytocinem (Binder et al., 2015). Také je vhodné podání epidurální analgezie, popřípadě provádět relaxační metody (Roztočil et al., 2017).

U vícečetného těhotenství je každý z plodů menší, oproti jednoplodé graviditě, tudíž je druhá doba porodní častěji kratší (Binder et al., 2015). Není vhodné připustit porod kontrahovaný, poté následuje aplikace uterotonik, nebo naopak také porod překotný, kdy aplikujeme tokolytika (Marešová, 2021). Nedoporučuje se porod ve vertikální poloze, např. ve vaku, vaně, na porodní židli atd. Proveďte se profylaktická mediolaterální epiziotomie a také prevence TEN (Roztočil et al., 2020). Čas mezi porodem prvního a druhého dvojčete nesmí být větší než 60 minut (Slezáková, 2017). Avšak Roztočil (2020) uvádí, že tento interval nesmí přesáhnout 30 minut, tudíž je možné provést i extrakční operaci na obě dvojčata. Využíváme forceps, nebo VEX, ale ten pouze v případě hmotnosti plodu více jak 2500 g (Marešová, 2021). Po porodu prvního plodu je nutné podvázat pupečník a zkontrolovat polohu, naléhání a stav dvojčete druhého (Velebil, 2014).

Třetí doba porodní může zabrat více času z důvodu objemné placenty nebo placent. Je zvýšené riziko hypotonie dělohy, tudíž je třeba mít to na paměti a předcházet mu včasným podáním uterotonik a pozornými poporodními kontrolami krvácení a tonusu dělohy (Binder et al., 2015). Pro aktivní vedení třetí doby porodní aplikujeme uterotonika až po porodu druhého dvojčete (Velebil, 2014). Při poloze příčné u druhého dvojčete je nutné provést obrat a extrakci plodu, po prvním neúspěšném pokusu se přistupuje k porodu císařským řezem (Marešová, 2021). Jestliže jeden z plodů zemře, je to indikace k ukončení těhotenství do 24 hodin při viabilitě druhého plodu, tzn. u těhotenství více jak 28. týden (Roztočil et al., 2020). Pokud se po porodu prvního dvojčete projeví hypoxie druhého, je třeba provést akutní císařský řez (Roztočil et al., 2017). Pokud je jeden plod

porozen vaginálně a druhý takto není možno porodit, je třeba druhý plod porodit císařským řezem a takový porod nazýváme kombinovaný (Roztočil, 2020).

Indikace k s.c. u donošených dvojčat jsou kolizní polohy, oba plody s polohou koncem pánevním, příčná poloha, císařský řez v anamnéze, nebo všeobecné indikace k s.c. (Slezáková, 2017). Dále také placenta praevia, VVV jednoho z dvojčat, rozdíl v odhadované hmotnosti plodů o více než 500 g, TTTTS, srostlíci, chronické onemocnění matky, placentární insuficience nebo antepartální úmrtí jednoho z plodů (Roztočil et al., 2017).

Trigeminy

U trojčat platí, že pokud nedojde k předčasnému porodu, nebo ke komplikacím ze strany matky či plodů, je nutné těhotenství ukončit nejpozději do 35.+6 týdne těhotenství per sectionem caesaream (Roztočil et al., 2017). Porod lze vést i vaginálně, pokud předpokládáme neviabilitu všech tří plodů (Marešová, 2021). Avšak porody vícčrat jsou většinou předčasné a jsou doprovázeny porodními komplikacemi, tudíž jsou nejčastěji vedeny rovnou per sectionem caesaream (Velemínský, 2017). Opožděný vývoj u trojčat, který má souvislost s nízkou porodní váhou má za následek větší počtu leváků (Heikkilä et al., 2018). Nízká porodní váha je definována jako váha nižší než 2 500g (Santana et al., 2018). Podle váhového odhadu všech tří plodů je možné vést porod v intermediárním nebo perinatologickém centru. Váhový odhad je vždy rozhodující u toho nejmenšího plodu (Roztočil et al., 2020).

Quadrigeminy

Během porodu čtyřčat platí, že při viabilitě plodů vedeme porod vždy per sectionem caesaream, pokud možno v perinatologickém centru invazivní péče (Roztočil et al., 2020). Zajištění porodu je pokaždé individuální, záleží totiž na stavu matky a plodů (Roztočil et al., 2017).

1.6 Šestinedělí u vícečetného těhotenství

Šestinedělí je poporodní období, kdy se organismus vrací do stavu před těhotenstvím a připravuje se na roli matky (Čermáková, 2023). Trvá šest týdnů, začíná porodem placenty a zpravidla končí dokončením involučních změn organismu matky a obnovením menstruačního cyklu (Roztočil et al., 2017). Toto období dělíme na časně (do 10.dne) a pozdní, které trvá do 42.dne od porodu (Binder et al., 2015). Během tohoto období se

vytváří pouto mezi maminkou a novorozenci (Velemínský, 2017). Významnou roli v následné péči po porodu hraje porodní asistentka, která se stará o ženu i novorozence (Bartošová, 2022).

Fyziologické šestinedělí

Během tohoto období se mění tělo ženy, například se hojí porodní poranění, začíná nástup laktace a také se organismus vrací do svého původního stavu (Slezáková, 2017). Největší změny můžeme vidět na děloze, která po porodu sahá až k pupku, avšak den po dni se zmenšuje a po pár dnech není horní ohraj dělohy hmatný (Dušová et al. 2019). Z dělohy odcházejí i očistky, které jsou infekční a je třeba časté výměny vložek (Čermáková, 2023). První dny jsou očistky červené, poté mění barvu na nahnědlé, žluté a bílé (Dušová et al. 2019).

Hojení drobných porodních poranění se zhojí celkem rychle a větší obvykle za týden, záleží na velikosti (Slezáková, 2017). Je třeba dodržovat správnou hygienu a používat prodyšné kalhotky a vložky (Čermáková, 2023). Při péči o operační ránu je vhodné nechávat ji suchou a čistou, na ránu nenanášíme žádné masti ani krémy (Dušová et al. 2019).

Kojení

Mateřské mléko je považováno za nejvíce přirozenou ochranu, která se mění s věkem a přizpůsobuje se potřebám dětí (Valová 2017). Již v průběhu gravidity se organismus ženy připravuje na kojení neboli laktaci. Díky estrogenům proliferují mlékovody a progesteron stimuluje alveoly a intenzita tvorby mléka po porodu je přímo úměrná frekvenci přikládání k prsu (Fait, 2014). Během prvních dnů se tvoří mlezivo, které je nažloutlé barvy a obsahuje obranné látky bílkovinné povahy (Gregora, 2017). Tělesným kontaktem během kojení si novorozenci i matka vytvářejí vzájemné pouto (Valová, 2017).

Během kojení dvojčat jsou nároky na matku dvakrát tak velké, protože péče o ně je psychicky i fyzicky náročná, a z důvodu že se velká část víceročet rodí předčasně, je nutná pomoc matce v prvních dnech po porodu (Gregora, 2017). Po vaginálním i operačním porodu by měla být dvojčata přiložena k prsu co nejdříve, vhodné je přiložit do půl hodiny od porodu (Valová 2017). Matka by měla být první dny ve zvýšené poloze, nebo sedět. (Gregora, 2017). Ze začátku je možné děti na prsech prostřídat, aby byla prsa stimulována

stejně, protože každé dítě může mít jiný sací reflex, avšak podle Rulíkové (2016) dává většina matek dvojčat přednost první variantě a mají pro každé z dvojčat vyhraněný jeden prs.

Také velikost prsů a jejich tvorba mléka nemusí být stejná a je lepší dvojčata střídat (Gregora, 2017). Matky dvojčat by se neměly nechat odradit od kojení dětí současně, protože pokud je prsní žláza stimulována dvakrát tolik, bude se tvořit i dvojnásobné množství mateřského mléka, tudíž bude vytvořeno dostatek mléka (Slezáková et al., 2017).

Při kojení současně by si měla žena najít vhodnou polohu, která bude vyhovovat jí i jejím dvojčatům, protože každému vyhovuje něco jiného a je tedy potřeba postupně vyzkoušet několik poloh a najít tu nejvhodnější (Gregora, 2017). Mezi nejčastěji používané patří boční fotbalová poloha, poloha do kříže a boční tandemová poloha (Dušová, 2019). Doporučuje se kojení dvojčat zároveň pro lepší sekreci prolaktinu (Valová, 2017).

Během kojení trojčat se doporučuje kojit dvě děti současně, zatímco třetí leží a poté je nakojeno samostatně (Dušová, 2019).

Patologické šestinedělí

I když je v současné době snížený výskyt komplikací v šestinedělí, nikdy však nemůžeme zaručit klidný a bezproblémový průběh (Roztočil et al., 2017). Důležitá je správná péče a brzký záchyt případných komplikací (Slezáková, 2017).

Subinvolute dělohy znamená její pomalé zavínování, fundus sahá výše, děloha je měkká, provázeno větším krvácením a hrdlo se dostatečně neuzavírá (Slezáková, 2017). Pokud se děloha nedostatečně kontrahuje, lze provést masáž dělohy, aplikovat uterotonika a následně můžeme i zkontrolovat obsah dutiny děložní pomocí ultrazvuku (Fait, 2014). Často se stává, že se nedostatečně uzavřou uteroplacentární cévy tromby a odchází masivní odchod očístků a nastává masivní krvácení (Slezáková, 2017). U multipar může být snižená retrakce děložní kvůli převažujícímu množství vazivových vláken v děložní stěně (Fait, 2014).

Další příčinou po porodu může být porucha retrakce dělohy (subinvolute, hypotonie, atonie), porodní poranění, rezidua post partum (zbytky placentární tkáně v děložní dutině) nebo poruchy krevní srážlivosti (Slezáková, 2017).

Poporodní krvácení má nejčastěji za následek morbiditu a mortalitu v šestinedělí, a to hlavně jako onemocnění DIC (Fait, 2014).

Infekce jsou závažnou komplikací v šestinedělí, kdy se s nimi častěji setkáváme po porodu císařským řezem (Slezáková, 2017). Projevuje se teplotou vyšší než 38 °C a nejčastějším důvodem vzniku je endometritida, mastitida, infekce plic, či močového ústrojí, nebo také tromboflebitida (Roztočil et al., 2017).

Psychika ženy

Období po porodu je pro ženy psychicky velice náročné, z důvodu probíhajících hormonálních změn, změn v organismu po porodu a také změnou životní role (Dušová, 2019). Pár dní po porodu může žena pociťovat uvolnění, přijít může ale i emocionální nestabilita (Slezáková, 2017).

Poporodní blues je nejčastější formou, který se projevuje formou plačtivosti, podrážděnosti a změnami nálad (Roztočil et al., 2017). Vzniká do 10.dne po porodu a odeznívá většinou do jednoho týdne (Marešová, 2021). Není považován za psychické onemocnění, ale přirozenou formu poporodní adaptace, avšak pokud trvá déle než dva týdny, může se jednat o poporodní deprese (Dušová et al., 2019).

Poporodní deprese se vyskytuje cca u 10 % šestinedělek (Roztočil et al., 2017). Je to vážná forma deprese, kdy se žena odsuzuje, protože své dítě nemá ráda (Dušová et al., 2019). Projevuje se vysokou úzkostí, pocity beznaděje a někdy i myšlenkami na sebevraždu (Marešová, 2021). V současné době se léčí antidepresivy a psychoterapií (Dušová et al., 2019).

Také se můžeme setkat s velice závažnou psychickou poruchou, která se vyskytuje pouze u jedné ženy z tisíce a nazývá se poporodní, někdy i laktační, psychóza (Dušová et al., 2019). Může se projevit až měsíc po porodu, kdy mezi příznaky řadíme úzkost, bludy a halucinace (Roztočil et al., 2017). V tomto případě je nutná zástava laktace, aby se léky nedostaly k novorozencům a následná léčba na psychiatrickém oddělení (Dušová et al., 2019).

Sexuální život po porodu

Znovu začít sexuálně žít po porodu závisí na vašem zdravotním stavu jak po psychické, tak po zdravotní stránce (Čermáková, 2023). Je doporučováno se této aktivity vyvarovat

až do konce šestinedělí, protože by mohlo také dojít k zavlečení infekce do rodidel, tudíž je dobré dodržovat hygienický režim (Dušová et al., 2019). Po šestinedělí se žena dostaví na prohlídku ke gynekologovi a ten zkontroluje porodní poranění (Čermáková, 2023). Pokud žena kojí, neměla by spoléhat na antikoncepci v podobě kojení, dnes již existují antikoncepční přípravky pro kojící matky (Dušová et al., 2019). Ženy po porodu často mají snížené libido, kdy častým důvodem může být únava, bolest po porodu, negativní vnímání těla, nebo i nedostatek času při péči o více novorozenců (Čermáková, 2023).

1.7 Péče porodní asistentky o ženu s vícečetným těhotenstvím

Péče porodní asistentky je zaměřena zejména pro ženy s fyziologickým těhotenstvím, avšak i o ženy s vyšším rizikem může pečovat ve spolupráci s lékařem (UNIPA, 2021). Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči (MZČR, 2019). Během těhotenství u žen by se porodní asistentka měla zaměřit především na změny tělesné a psychické, na prevenci a léčbu obtíží a dále také na výživu a cvičení. Během prvního setkání by se měla porodní asistentka představit a navázat důvěru k ženě (Šebková, 2015). Měla by také odebrat anamnézu, posoudit její klinický a psychický stav a informovat ji o budoucí prenatální péči, během které ji během celého těhotenství doprovází (UNIPA, 2021). Porodní asistentka by ženě hlavně v tomto období rizikového těhotenství měla naslouchat a pomoci při jejích problémech, nepřesahují-li její kompetence (Šebková, 2015).

Během porodu porodní asistentka pracuje v souladu s lékařem. Zajišťuje anamnézu, kontroluje vitální funkce, poskytuje podporu ženě a její rodině, edukuje o následujících krocích a poskytuje ženě a následně i novorozenci péči (UNIPA, 2021). Péče během porodu by měla zahrnovat polohování, kontrola srdeční funkce plodů, edukace o podání analgezie, aplikaci oxytocinu či plnění ordinací porodníka (Šebková, 2015). Dále by měla žena ihned po porodu podporovat bonding ženy s novorozenci a umožnit přisátí k prsu (UNIPA, 2021). Po porodu se zaměřuje na včasnou vertikalizaci, podporuje zavinování dělohy a odchod očítků a edukuje ženu o v péči o jizvu nebo o rodidla (Šebková, 2015). Porodní asistentka by měla umět pomoci s kojením, naučit péči o prsy, popřípadě nabídnout svou pomoc v období šestinedělí (Valová, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit rozdílné pocity u vícečetného těhotenství prvorodiček a vícero diček.

Cíl 2: Zjistit, jaké měly ženy komplikace během vícečetného těhotenství.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou rozdílné pocity u vícečetného těhotenství prvorodiček a vícero diček?

Výzkumná otázka 2: Jaké komplikace provázely ženy během vícečetného těhotenství?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, které probíhalo od ledna do dubna roku 2024. Sběr dat byl prováděn pomocí anonymních polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Samotné otázky byly vytvořeny na základě předem stanovených cílů a výzkumných otázek.

Výzkumné šetření bylo prováděno s ženami, které si prošly vícečetným těhotenstvím. Do výzkumného souboru byly zařazeny ženy, pro které se jednalo o první porod, tak i vícerodičky. Při sestavování 12 otázek pro rozhovor jsem vycházela ze znalostí z teoretické části. Úvodní otázky sloužily k identifikaci výzkumného souboru žen, kde byl zjišťován jejich věk, rodinný stav, nejvyšší ukončené vzdělání, kolikátá gravidita, četnost těhotenství a jejich povolání. Další otázky byly zaměřeny na péči porodních asistentek o ženy s vícečetným těhotenstvím, jak vnímaly komunikaci a edukaci od porodních asistentek a také jak ženy vícerodičky vnímaly toto těhotenství oproti těm přechozím. Před začátkem rozhovoru byly všechny ženy ujištěny o anonymitě a o tom, že jejich výpovědi budou použity pouze pro výzkum bakalářské práce s názvem „Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím“. Z důvodu zachování anonymity respondentek jsou označovány jako Ž1 až Ž10 a není označeno, kde porodily. Jejich souhlasy s výzkumem byly poté vysloveny ústně. Ještě před zahájením rozhovoru byla ženám oznámena předpokládaná délka rozhovoru. Rozhovory trvaly zhruba 15 až 20 minut.

Všechny rozhovory této práce probíhaly individuálně a převážně on-line přes videohovor z důvodu velké vzdálenosti, časové náročnosti a většího pohodlí pro matky, pro které by bylo s více dětmi obtížné se setkat osobně. Většina rozhovorů byla nahrávána na diktafon v telefonu se souhlasem žen. Pouze jedna respondentka vyjádřila nesouhlas s nahráváním, tudíž byly odpovědi na otázky zaznamenávány ručně na papír. Následně byly všechny rozhovory převedeny do elektronické formy dokumentu do počítače a analyzovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumnou část této bakalářské práce byl stanoven výzkumný soubor, který tvořilo 10 žen (Ž1-Ž10) po vícečetném těhotenství. Jedním z hlavních kritérií výběru bylo, aby porod proběhl v posledních šesti měsících z důvodu autentičnosti. Větší časový odstup byl mohl vést ke zkreslení výsledků z důvodu možnosti opomenutí nezbytných detailů.

Dalším kritériem bylo, aby byly vybrané ženy již se zkušenostmi z předchozího porodu a také prvorodičky. Všechny ženy, účastníci se výzkumného šetření byly po porodu dvojčat. Pro výzkumný soubor bylo také hlavním kritériem, aby souhlasily s poskytnutím rozhovoru, dalším zpracováním dat k výzkumnému šetření a byly ochotné spolupracovat.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje žen s vícečetným těhotenstvím

Anonymní polostrukturované rozhovory byly provedeny s ženami, které měly po vícečetném těhotenství. V Tabulce 1 jsou vyjmenovány základní identifikační údaje žen, mezi které patřily: věk, rodinný stav, kolikátá gravidita, nejvyšší ukončené vzdělání, zaměstnání a četnost vícečetného těhotenství.

Tabulka 1-Identifikační údaje žen s vícečetným těhotenstvím

Respondentka	Věk	Rodinný stav	Gravidita /Parita	Vzdělání	Zaměstnání	Četnost
Ž1	31 let	Vdaná	I./I.	VŠ	Psycholožka	2
Ž2	36 let	Vdaná	IV./IV.	SŠ	Recepční	2
Ž3	32 let	Vdaná	II./II.	VŠ	Vedoucí obchodu	2
Ž4	26 let	Vdaná	I./I	SŠ	Asistentka pedagoga	2
Ž5	40 let	Rozvedená	II./ II.	SŠ	Servírka	2
Ž6	28 let	Svobodná	I./I.	VOŠ	Dětská sestra	2
Ž7	24 let	Svobodná	I./I.	OU	Servírka	2
Ž8	30 let	Vdaná	III./II.	VŠ	Pedagog na ZŠ	2
Ž9	34 let	Rozvedená	II./II.	SŠ	Prodavačka	2
Ž10	39 let	Vdaná	III./III.	SŠ	Provozní podniku	2

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření. Legenda tabulky: Ž – žena, VŠ – vysoká škola, SŠ – střední škola, VOŠ – vyšší odborná škola, OU – odborné učiliště

Věk oslovených žen byl od 24 let do 40 let. Jedna respondentka vystudovala odborné učiliště, pět respondentek má středoškolské vzdělání s maturitou, jedna respondentka absolvovala vyšší odbornou školu a zbývající tři respondentky mají vysokoškolské vzdělání. Čtyři respondentky byly prvorodičky, zbylých šest byly vícerodičky. Dvě z respondentek porodily v Nemocnici České Budějovice, tři v Nemocnici Milosrdných bratří, tři ve Fakultní nemocnici Brno a zbylé dvě ve Znojmě.

Respondentce Ž1 bylo 31 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokou školu a pracuje jako psycholožka. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla poprvé a poprvé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž2 bylo 36 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla střední školu s maturitou a pracuje jako recepční. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla počtvrté a počtvrté rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž3 bylo 32 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokou školu a pracuje jako vedoucí obchodu s oblečením. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla podruhé a podruhé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž4 bylo 26 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla střední školu s maturitou a pracuje jako asistentka pedagoga. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla poprvé a poprvé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž5 bylo 40 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla střední školu s výučním listem a pracuje jako servírka. Respondentka byla rozvedená. Těhotná byla podruhé a podruhé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž6 bylo 28 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vyšší odbornou školu a pracuje jako dětská sestra v nemocnici. Respondentka byla svobodná. Těhotná byla poprvé a poprvé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž7 bylo 24 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla odborné učiliště a pracuje jako servírka. Respondentka byla svobodná. Těhotná byla poprvé a poprvé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž8 bylo 30 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokou školu a pracuje jako pedagožka na základní škole. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla potřetí a podruhé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž9 bylo 34 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla střední školu s maturitou a pracuje jako prodavačka. Respondentka byla rozvedená. Těhotná byla podruhé a podruhé rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

Respondentce Ž10 bylo 39 let, jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla střední školu s maturitou a pracuje jako provozní podniku. Respondentka byla vdaná. Těhotná byla potřetí a potřetí rodila. Její těhotenství bylo dvojčetné.

4.2 Vnímání vícečetného těhotenství

Na základě analýzy dat ze získaných rozhovorů, byly stanoveny dvě hlavní kategorie, vnímání prvorodiček a vícerodiček, které byly následně rozděleny do dalších podkategorií.

Tabulka 2 - Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Vztah porodní asistentka – prvorodička s vícečetným těhotenstvím	Vnímání žen
	Edukace a komunikace
Vztah porodní asistentka – vícerodička s vícečetným těhotenstvím	Vnímání rozdílů
	Edukace a komunikace

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření.

Kategorie 1 Prvorodičky

Podkategorie 1 Vnímání žen

Během výzkumného šetření byly ženy prvorodičky (Ž1, Ž4, Ž6, Ž7) požádány o zhodnocení toho, jak vnímaly průběh péče svého vícečetného těhotenství.

Podkategorie 2 Edukace a komunikace

Ženy (Ž1, Ž4, Ž6, Ž7) popsaly edukaci porodních asistentek během prenatální péče. Následně popisovaly i průběh edukace o porodu a šestinedělí.

Respondentka Ž1 uvedla, že během docházení ke svému obvodnímu gynekologovi v těhotenství nebyla nikdy edukována porodní asistentkou. *„Má to zavedené tak, že většinu práce dělá lékař, porodní asistentka maximálně měřila tlak a zapisovala datum další návštěvy do těhotenské průkazky.“* Byla tedy o všem edukována pouze lékařem, ovšem podle jejích slov ne úplně dostatečně a spoustu věcí si musela hledat na internetu. Například o rizicích byla poučena, ovšem nebyla poučena o tom, jak jim předcházet. Byla by tedy mnohem radši, kdyby se mohla sejít s porodní asistentkou, která by ji vysvětlila vše, co ji čeká. O možnosti komunitní porodní asistentky se dozvěděla až tohoto výzkumného šetření. Podle jejích slov by tuto službu ráda velmi uvítala, protože se bála, co ji čeká, navíc při rizikovém těhotenství. Na druhou stranu si pochvalovala edukaci v porodnici během porodu a šestinedělí. *„Narazila jsem na skvělé porodní asistentky i studentky, v den sekce mě uklidňovaly a všechny mé dotazy pečlivě zodpověděly.“* Velice ocenila edukaci v šestinedělí ohledně kojení a péče o jizvu. *„Naslouchaly mým dotazům a i když jsem se s nimi třeba opakovala, vždy mi na vše odpověděly. Kojení pro mě byla velká neznámá, vůbec jsem nevěděla, jak správně kojit obě dcery zaráz. I když mi to ze začátku nešlo, tak jsem od nich cítila velkou podporu.“* Nakonec přiznává, že by si pro další těhotenství určitě zaplatila soukromou porodní asistentku.

Respondentka Ž6 také uvedla, že péče porodních asistentek v průběhu vícečetného těhotenství byla minimální. *„Sice jsem jako dětská sestra něco málo o průběhu těhotenství věděla, ale nebylo to pro mě dostatečné.“* Syn a dcera se jí narodili předčasně, ale ani v porodnici před porodem se nesetkala s dostatečnou edukací. *„Všechno mi přišlo zrychlené, všichni pospíchali a nikdo mi nic neřekl. Vadilo mi, že se mnou porodní asistentky nemluvily a nevěnovaly mi žádnou pozornost.“* Přiznala, že to prohloubilo její strach a negativní myšlenky. Byla by vděčná za jakoukoliv informaci, co se děje a bude dít. Naopak po porodu na oddělení šestinedělí i neonatologii si přístup sester a porodních asistentek velice pochvalovala.

Oproti tomu respondentka Ž4 si edukaci porodní asistentky během těhotenství velmi pochvalovala. *„Hned vedle ordinace lékaře měla svou menší ordinaci i porodní asistentka, která mi hned po vyšetření lékařem naprosto přesně popsala, kdy a jak bude*

například určité vyšetření prováděno. I když jsem nikdy podobné vyšetření nezažila, měla jsem pocit, že přesně vím, do čeho jdu a strach ze mě opadl.“ Dodává, že se také s porodní asistentkou v rizikové ambulanci se cítila dobře a nebála se na cokoli zeptat. Pokaždé byla porodní asistentkou dotázána zda-li všemu rozumí, popřípadě jestli je třeba informace znovu zopakovat.

Respondentka Ž7 uvedla, že se jako prvorodička bála projít si těhotenstvím sama. Rodička se tak rozhodla pro vlastní komunitní porodní asistentku, která ji provázela po celou dobu. *„Cítila jsem se prostě takhle víc v klidu. Neříkám, že jsem nevěřila lékařům, ale jsem docela stresář, takže vlastní porodní asistentka pro mě byla podporou.“* Po porodu si ale nemohla vynachválit komunikaci porodních asistentek na sále, kdy po porodu začala krvácet. *„Byla jsem dost nervózní, co se to děje, ale sestřičky mi řekly, co se děje a jak se bude postupovat dál. I přes to všechno jsem z nich cítila klid, který vlastně přenesly poté i na mě s přítelem. Až jsem z toho byla sama překvapená“*

Kategorie 2 Vícerodičky

Podkategorie 1 Vnímání rozdílů

Ženy z řad vícerodiček (Ž2, Ž3, Ž5, Ž8, Ž9, Ž10) byly dotázány, aby popsaly, jak vnímaly rozdíly mezi předchozím jednočetným a následným vícečetným těhotenstvím. Všechny uvedly jako největší rozdíl častější návštěvy prenatální poradny, které ale vítaly a žádnou tyto prohlídky neobtěžovaly. Respondentka Ž2 jako jeden z hlavních rozdílů uvedla rychlost tělesných změn, jako je velikost těhotenského břicha. *„Tím, že jsem byla na rizikovém těhotenství a bála jsem se to zakřiknout, tak jsem nikomu moc nechtěla říkat, že čekáme dvojčata. Oproti minulým těhotenstvím, která se mi dařilo dlouhou dobu skrývat, to ale bylo velice rychle vidět.“* Dále také sdělila, že v předchozích těhotenstvích ji ke konci těhotenství netrápily otoky nohou, což jí dělalo občas problémy. *„Už tak jsem se s velkým břichem nemohla moc hýbat, ale když mi otekly nohy, byla jsem ráda, že mám tak skvělého chlapa, co se postaral o děti a já si mohla odpočinout. Dříve, když jsem byla těhotná, chodívali jsme s dětmi na procházku, ale teď chodil manžel s dětmi sám a mě hodně mrzelo, že se nemůžu účastnit s nimi.“*

Respondentka Ž3 uvedla oproti prvnímu těhotenství mnohem větší nevolnost, kterou nepocítovala jen ráno, ale po celý den a v noci, kdy se kvůli tomu často budila. *„Cítila jsem opravdu velký rozdíl, protože na počátku prvního těhotenství mi bylo špatně pouze*

asi 3 týdny do 9.týdne těhotenství. Oproti tomu při vícečetné graviditě jsem pociťovala nevolnost až téměř do 15.týdne a nemohla jsem se ani starat o malého, vše bylo na manželovi.“ Podle jejích slov zkusila nevolnost řešit běžně dostupnými produkty, ale nic jí nepomohlo. Trápilo ji také velké nechutenství k jídlu, mnohem silněji pociťovala únavu a bolest hlavy. Ve 4.měsíci předchozího těhotenství již byla plná energie, ale v tomto neměla energii na nic, natož na péči o svého jednoletého syna. V neposlední řadě také uvedla, že v minulém těhotenství ztratila spoustu vlasů. *„Ale během těhotenství s dvojčátkama mi vlasy zhoustly a začaly růst nové. Byly i pevnější, nelámaly se, byla to skvělá změna.“*

Respondentka Ž5 odpověděla: *„První těhotenství pro mě bylo velmi pohodové, protože jsem v té době byla velmi aktivní a sportovala jsem téměř až do porodu. Dokonce jsem běžela menší závod i týden před porodem, takže jsem si to naprosto užívala.“* Ovšem v následujícím, vícečetném těhotenství bylo vše jinak, protože podle jejích slov *„prospala téměř celé těhotenství“*. Uvedla, že i když spala celý den, byla stále vyčerpaná. To podle jejích slov vedlo k častým hádkám s partnerem, který se musel neustále starat o jejich dceru. Dále také přiznala, že během tohoto těhotenství často mysleli i na finanční stránku, protože výbava pro dvě děti je nákladnější, než pro jedno.

Respondentka Ž8 i Ž10 shodně vnímaly jako největší rozdíl problém s vyprazdňováním, hlavně s močením. Ž8 uvedla, že téměř nikam nechodila, protože ji trápilo velmi časté močení, tudíž raději zůstávala doma, nebo šla jen tam, kde měla jistotu možnosti využít toaletu. Ž10 zase trápily hemoroidy a také časté močení v noci. *„Budila jsem se na záchod dvakrát za hodinu, což rušilo všechny ostatní členy domácnosti, takže jsem se v těhotenství téměř nevyspala.“* Poté ještě uvedla strach jí i partnera ohledně finančního zabezpečení dětí a také jestli zvládnou péči o starší děti.

Jediná respondentka Ž9 uvedla, že kromě častějších návštěv prenatální poradny, vnímala vícečetné těhotenství podobně, jako těhotenství předchozí. *„Kromě neustálého chození po doktorech se vlastně nic nezměnilo, možná jsem byla trošku více zadýchaná, ale nebylo to nic hrozného. Měla jsem i hodně energie, takže i když jsem byla na rizikovém, přinutila jsem partnera k rekonstrukci bytu, aby to bylo připravené na další dva přírůstky.“*

Podkategorie Edukace a komunikace

V rámci výzkumného šetření byly ženy vícerodičky (Ž2, Ž3, Ž5, Ž8, Ž9, Ž10) vyzvány, aby popsaly, jestli probíhala edukace porodních asistentek během jejich těhotenství, v průběhu porodu a po porodu. Valná většina z respondentek (Ž2, Ž5, Ž8, Ž9, Ž10) odpověděla shodně, že většinu edukace vnímaly spíše od lékařů než porodních asistentek. Pouze respondentka Ž3 uvedla, že měla svou vlastní komunitní porodní asistentku, která doplňovala péči lékaře a byla pro ni oporou. Respondentky Ž2 a Ž10 uvedly, že se pořádné edukace dočkaly až po nebo během porodu.

4.3 Komplikace žen při vícečetném těhotenství

Na základě analýzy dat ze získaných rozhovorů, byly stanoveny dvě hlavní kategorie, komplikace a vztah ženy s porodní asistentkou během těchto komplikací. Kategorie byly následně rozděleny do dalších podkategorií.

Tabulka 3 - Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Komplikace žen	Typ komplikace
	Řešení komplikace
Žena a porodní asistentka	Průběh edukace
	Komunikace
	Psychická podpora

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření.

Kategorie 1 Komplikace žen

Ženy (Ž1 až Ž10) byly během rozhovorů dotázány, zda je v jejich těhotenství provázely nějaké komplikace. V těchto podkategoriích jsou rozepsány typy komplikací, jaký byl průběh léčby a také dopad na psychické zdraví ženy.

Podkategorie 1 Typ komplikace

Určité komplikace během vícečetného těhotenství trápily většinu dotázaných respondentek (Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž10). Respondentky Ž3, Ž4 a Ž9 žádné komplikace neudávaly.

Respondentka Ž1 uvedla, že pro ni největší komplikací bylo vysoké riziko předčasného porodu, které si ale nechtěla připustit. „*Pořád jsme si říkali, abychom vydržely s holkama*

alespoň do Nového roku. Bohužel to ale nedopadlo a porodila jsem předčasně již v listopadu. “ Žena tedy porodila předčasně v 31.týdnu. „Bylo to hrozné, moc jsme se o ně báli, strávili jsme vánoční svátky v nemocnici na neonatologii, kam jsme chodili klokánkovat. Dobře to ale dopadlo, což je nejdůležitější a teď už jsme všichni doma.“

Respondentka Ž2 uvedla, že během jejího vícečetného těhotenství ji trápily otoky nohou a vysoký tlak. *„Měla jsem zjištěné riziko preeklampsie již od prvního trimestru, kdy se na to přišlo při screeningu.“*

Respondentka Ž5 uvedla, že měla největší strach, aby neporodila předčasně. *„Lékař mi neustále říkal, že se to může stát, jenom proto, že čekám dvojčata. Moc mě to neuklidňovalo a byla jsem na něj našťvaná, že mě stresuje.“* Nakonec se ale obavy nevyplnily a porodila v 37.týdnu. Respondentka Ž6 uvedla, že po předčasném porodu byl největší komplikací stres z důvodu velmi nízké váhy dvojčat. *„Měly asi 1 800 g. Když jsme je tam viděli ležet zabalené a s hadičkou zavedenou do nosu, cítili jsme se oba strašně a hlavně bezmocně.“*

Respondentka Ž7 si zažila po porodu atonii dělohy. *„Oba byli hlavičkou dolů, tak jsem chtěla zkusit vaginální porod.“* Uvedla, že porod probíhal dobře, ovšem po porodu nastalo větší krvácení. Respondentka Ž8 uvedla, že kromě problémům s velkou nevolností a častým močením, zvládala průběh těhotenství celkem bez komplikací. Měla tedy naplánovaný císařský řez z důvodu kolizní polohy plodů. *„Vlastně mi sekce ani nevadila, měla jsem z vaginálního porodu na dvakrát strach.“*

Respondentka Ž10 sdělila, že ji trápila sideropenická anémie ve druhém trimestru. *„Na odběrech mi zjistili nedostatek železa, kterou jsem nikdy předtím netrpěla, tak mě to celkem překvapilo.“*

Podkategorie 2 Řešení komplikace

V této podkategorii po analýze rozhovorů následně rozepsala, jak probíhalo řešení komplikací u žen během vícečetného těhotenství (Ž1 až Ž10).

Respondentka Ž1 uvedla, že při riziku předčasného porodu byla hospitalizována v nemocnici, kde dostávala tokolytika, kortikoidy a antibiotika. Po následném porodu císařským řezem uvádí několikátýdenní hospitalizaci novorozenců na oddělení neonatologie. Respondentka Ž2 sdělila, že jí bylo odhaleno riziko preeklampsie již během

prenatální péče, byla poté více sledována a měla předepsanou kyselinu acetylsalicylovou. Od 30.týdne již byla na oddělení rizikového těhotenství. Uvedla: „*Lékaři se snažili porod ještě chvíli oddálit.*“ Dostávala kortikosteroidy, magnézium jako prevenci proti křečím a také antihypertenziva. Plody byly také často sledovány pomocí ultrazvuku a následný porod byl vyvolán ještě před termínem.

Respondentka Ž6 uvedla, že jako největší komplikaci vidí stres kvůli nízké porodní hmotnosti dvojčat. Udává, že navštívila psychologa, protože měla chvíli pocit, že selhala. Nyní se ale již cítí v pořádku. U respondentky Ž7 byla komplikací atonie dělohy po porodu dvojčat. Uvedla, že jí byla masírovaná děloha a podána uterotonika. Poté ji byl zaveden Bacriho balónek. Následně ji musela být podána transfuze pro nízký obsah hemoglobinu v krvi.

Respondentka Ž8 uvedla, že její komplikací byla kolizní poloha dvojčat. „*Mrzelo mě to, protože jsem se všemožně snažila, aby vyšel vaginální porod. Zkoušela jsem doma polohy nebo cvičení, ale stejně byli jeden hlavičkou a druhý koncem pánevním.*“ Nakonec tedy musela porodit císařským řezem.

Respondentka Ž10 trpěla sideropenickou anémií během druhého trimestru těhotenství. Uvedla, že jí byla doporučena vhodná strava. „*Jedla jsem to, co mi bylo doporučeno mou vlastní porodní asistentkou, tzn. bylinky, maso a podobně.*“ Když upravená strava nezabrala, byly jí předepsány tablety Ferretab, které ale nebyly dostatečné a tak byla na jednu noc hospitalizovaná v porodnici, kde jí bylo aplikováno i.v. železo.

Podkategorie 3 Dopad na psychiku

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jestli měly komplikace během těhotenství vliv na psychické zdraví ženy. Respondentky, které nějakou komplikaci zažily (Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7 Ž8, Ž10) sdělily, že přítomnost komplikací na ně mělo duševní dopad. Některé z respondentek (Ž1, Ž2, Ž5) se svěřily, že je ovlivnil špatný přístup personálu, který je více znepokojil, než že by je uklidnil. Respondentky Ž3 a Ž10 uvedly, že byly podporou porodních asistentek spokojené, protože měly svou vlastní porodní asistentku. Zbylé informantky (Ž4, Ž7 a Ž8) uvedly, že se necítily psychicky dobře, ale měly psychickou podporu v rodině a také ve zdravotnickém personálu. Respondentka Ž5 se svěřila i s tím, že se občas i stalo, že neměla podporu ani v rodině.

Kategorie 2 Žena a porodní asistentka

V této kategorii je popsán kontakt porodní asistentky s ženou s vícečetným těhotenstvím. Kategorie popisuje péči, průběh edukace a psychickou oporu z pohledu žen během

Podkategorie 1 Edukace a komunikace

Dále byla ženám položena otázka ohledně edukace porodní asistentkou při řešení komplikací doprovázející vícečetné těhotenství. Téměř všechny respondentky, které nějakou komplikaci zažily (Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž10), se shodly na tom, že od porodních asistentek edukovány nebyly a že edukace probíhala jen ze strany lékařů. Pouze respondentky Ž3 a Ž7 se sdělily, že měly svou komunitní porodní asistentku, která jim vždy vše vysvětlila a řekla, co bude ženu dále čekat.

Respondentky byly dotázány, aby popsaly, zda byly spokojené s informacemi, které jim byly podány a zda byly pro ně dostačující. Žena Ž1 v rozhovoru odpověděla: *„Moc mi toho řečeno nebylo, bohužel mi přišlo, že je na mě málo času, takže jsem většinu informací hledala různě po internetu, jenže tam najde člověk kde co a je pak zbytečně nervózní.“* Na otázku, zda byly informace dostačující odpověděla, že nebyly. Poté dodala: *„Kdybych věděla, že je možnost nějaké soukromé porodní asistentky, hned bych ji využila, tak třeba příště.“* Informantky Ž2, Ž5, Ž8 a Ž10 sdělily, že pro ně nebyly podané informace dostačující. Naopak informantky Ž2, Ž4 a Ž6 uvedly, že byly s podáním informací spokojeny. Ž3 a Ž7 byly s edukací od soukromé asistentky spokojeny. Všechny ženy se ale shodly na tom, že si mnoho informací dohledávaly na internetových stránkách, včetně těch, které byly s edukací spokojeny nebo měly svou porodní asistentku.

Podkategorie 3 Psychická podpora

Ženy byly během výzkumného šetření dotázány, zda a jak vnímaly psychickou oporu ve zdravotnickém personálu. Respondentky Ž1 a Ž2, Ž6, Ž7 a Ž8 shodly na tom, že našly podporu hlavně u své rodiny. Všechny postrádaly psychickou oporu od zdravotnického personálu během těhotenství. Ovšem po porodu Ž1 a Ž6 udaly změnu v přístupu a cítily podporu od všech ve zdravotnickém zařízení, což byla příjemná změna. Rodinou byly podporovány po celou dobu. Respondentky Ž3, Ž4, Ž6, Ž9 a Ž10 cítily oporu, jak u zdravotnického personálu, tak i u své rodiny. Respondentka Ž5 uvedla, že psychickou podporu chvílemi necítila ani od své rodiny.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala péčí o ženu s vícečetným těhotenstvím. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak vícečetné těhotenství vnímají ženy prvorodičky oproti vícerodičkám a jaké je provázely komplikace během tohoto období. Dle Vítkové Rulíkové (2016) jde při vícečetném těhotenství o radikální změnu, která ovlivní zbytek života a zasáhne všechny členy rodiny, protože se musí vyrovnat s mnoha fyzickými, duševními, ekonomickými ale i sociálními nároky.

Výzkumné šetření si kladlo za cíl zjistit, jaký byl rozdíl vnímání žen, které prožily vícečetné těhotenství, jaké byly jejich komplikace a také jaké informace ženy dostaly od porodní asistentky poté, co byla zjištěna daná komplikace. Respondentky Ž3, Ž4, Ž7 uvedly, že byly porodní asistentkou podrobně edukovány. Shodly se, že edukace pro ně byla velmi přínosná. Bylo jim vysvětleno, o jakou komplikaci jde a jaký bude následný způsob léčby. Uvedly, že jim byl kdykoliv poskytnut prostor pro dotazy. Nejčastější komplikací byl předčasný porod, kdy hlavní příčinou je nadměrné roztažení dělohy, které má za následek zkracování porodních cest a otevírání hrdla děložního (Pašková, 2022). Zbytek respondentek zmínil, že jejich edukace a péče porodní asistentkou nebyla dostatečná, popřípadě se zlepšila až po porodu. Porodní asistentky jim sice předaly základní informace, ale důkladně s nimi postup nediskutovaly a poučeny byly pouze lékařem. I když se jedná o oblast rizikového těhotenství, porodní asistentka může být součástí multidisciplinárního týmu a podílet se na péči o ženy společně s lékařem (UNIPA, 2020). Některé respondentky nebyly s péčí rizikového těhotenství spokojeny. Uváděly nedostatečnou edukaci, komunikaci od porodních asistentek, protože je edukoval pouze lékař. Porodní asistentka by ovšem měla být pozorná a zjistit, zda žena edukaci od lékaře rozuměla, dát jí prostor na dotazy a informace doplnit. Krátká (2016) uvádí, že edukace by měla obsahovat také aktivní podporu učení a možnost zapojit ženy do péče o jejich zdraví.

Výzkum dále sledoval, jak ženy vnímaly toto rizikové těhotenství z pohledu prvorodiček a vícerodiček. Bylo zřejmé, že i přes pochopitelný stres snášely vícerodičky toto těhotenství lépe. Kdežto prvorodičky, které těhotenství nebo porod nezažily, vnímaly toto těhotenství s větším neklidem.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem vícečetného těhotenství a rolí porodní asistentky v souvislosti s péčí o ženu s vícečetným těhotenstvím, při porodu a také v období šestinedělí. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké komplikace ženy provázely a také rozdíly ve vnímání vícečetného těhotenství mezi prvorodičkami a vícero-dičkami.

V teoretické části jsem se zaměřila na vznik vícečetného těhotenství, faktory ovlivňující jejich výskyt a péči porodní asistentky u tohoto typu gravidity. Dále jsem se zabývala riziky vícečetného těhotenství, které mohou postihnout matku nebo plod nebo také na prenatalní péči a možnosti vedení porodu. V neposlední řadě také šestinedělím, kam jsem zařadila hlavně kojení a patologické stavy po porodu včetně psychickému stavu ženy.

Kvalitativní výzkum praktické části bakalářské práce se zakládal na analýze rozhovorů se ženami po vícečetném těhotenství. I když všechny ženy spojovalo vícečetné těhotenství, každá ho vnímala a prožívala jinak. Proto je velmi důležitý individuální přístup porodní asistentky i dalšího ošetřujícího personálu založený na správné komunikaci a edukaci jednotlivých pacientek. Zaměřila jsem se na vnímání celého procesu vícečetného těhotenství prvorodiček a také vícero-diček.

Z výzkumné části vyplývá, že ženy prvorodičky, které během těhotenství nebyly dostatečně edukovány, hodnotí přístup porodních asistentek negativně a připisují tyto zkušenosti k větší nejistotě a ke zhoršení jejího duševního komfortu. Naopak ženy vícero-dičky nedostatečná edukace tolik nerozhodila, protože si již jedno nebo více těhotenství zažily. Dále také bylo zjištěno, že mezi nejčastější komplikace můžeme zařadit předčasný odtok plodové vody, předčasný porod, atonie dělohy či preeklampsie.

Tato bakalářská práce může být využita jako pomocný materiál ženám s vícečetným těhotenstvím či na odborných seminářích při výuce studentek porodní asistence.

7 Seznam použité literatury

- 1) BARTOŠOVÁ, P., 2020. Vícečetné těhotenství. In PROCHÁZKA, M. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-6184.
- 2) BINDER, T. et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. s. 181-189. ISBN 978-80-246-1907-1.

- 3) ČERMÁKOVÁ, B., 2023. *K porodu bez obav*. Brno: CPress. s. 232. ISBN 978-80-264-4974-4.
- 4) ČGPS ČLS JEP, 2022. *Vícečetné těhotenství*. [online]. Doporučené postupy [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/102/doc/2022-05-vicetne-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>.
- 5) DUBOVÁ, O. et al., 2022. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium 2. vydání*. Praha: Maxdorf. s. 678. ISBN 978-80-7345-716-7.
- 6) DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci. 2. doplněné vydání*. Praha: Grada. s.144. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 7) FAIT, T., 2014. Fyziologie šestinedělí. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 288-293. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 8) GREGORA, M. et al., 2017. Šestinedělí. In VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. s 256. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 9) HEIKKILA, Kauko et al., 2018. Triplets, birthweight, and handedness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 115,23. PMID: 29760105.
- 10) KRÁTKÁ, A., 2016. Zásady pedagogiky a edukace v ošetrovatelství [online]. *Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně* [cit. 2024-04-11]. ISBN 978-80-7454-635-8. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43694/Zaklady_pedagogiky_a_educace_v_osetrovatelstvi_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 11) MAREŠOVÁ, P., 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf. s. 507-510. ISBN 978-80-7345-709-9.
- 12) MILLER, J. L., 2021. Twin to twin transfusion syndrome. *Translational Pediatrics*. 10 (5), 1518-1529. ISSN 22244336.
- 13) MZČR, 2019. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. [online]. MZČR. [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
- 14) PAŠKOVÁ, A., 2022. Vícečetná těhotenství. In *Když přichází na svět miminka do dlaně*. Nedokloubko. s. 446. ISBN 978-80-908525-0-1.
- 15) STUDNÍČKOVÁ M. et al., 2016. *Postgraduální medicína: Komplikace vícečetného těhotenství*. Online, roč. 18, č. 4. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/publication/53/doc/postgradualni-medicina-fetalni-medicina-2016-4-dvojcata.pdf>. [cit. 2024-04-18].

- 16) PROCHÁZKA, M. et al., 2018. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 167-173. ISBN 978-80-244-5322-4.
- 17) PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
- 18) ROOT E., TONISMAE T., 2024. Multiple Birth Delivery. In *StatPearls*. Treasure Island StatPearls Publishing. PMID: 38261710.
- 19) ROZTOČIL, A., 2014. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 288-293. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 20) ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 21) ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. s. 347-355. ISBN 978-80-271-1866-3.
- 22) SANTANA D., SURITA F., CECATTI J., 2018. Multiple Pregnancy: Epidemiology and Association with Maternal and Perinatal Morbidity. *Gestação múltipla: epidemiologia e associação com morbidade materna e perinatal*. Rev Bras Ginecol Obstet. 40(9):554-562. doi:10.1055/s-0038-1668117.
- 23) SEBGHATI, M., KHALIL A., 2021. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology vol. 70: 112-122. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013.
- 24) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214- 3.
- 25) ŠEBKOVÁ, S., 2015. *Vícečetné těhotenství*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZCU.
- 26) UNIPA, 2020. Základní kompetence porodní asistentky. [online]. UNIPA. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/zakladni-kompetence-porodni-asistentky/>.
- 27) UNIPA, 2021. Principy péče v porodní asistenci. [online]. UNIPA. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/07/Zakladni-principy-pecce-v-porodni-asistenci-revize-2021.pdf>.
- 28) VALOVÁ, A., 2017. Kojení a jeho poruchy. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

- 29) VELEBIL, P. et al., 2014. Vícečetné těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 288-293. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 30) VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2017. Vícečetné těhotenství. In GREGORA, M. et al. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. s. 256. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 31) VÍTKOVÁ RULÍKOVÁ, K., 2016. Dvojčata. 2. rozšířené vydání. Brno: CPress. s. 192. ISBN 978-80-264-1346-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s ženami s vícečetným těhotenstvím.

Otázky týkající se identifikace žen:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jaké je Vaše zaměstnání?
4. Jaký je Váš rodinný stav?

Otázky týkající se těhotenství:

5. Jaká byla četnost Vašeho vícečetného těhotenství?
6. Kolikátá to byla gravidita?
7. Provázely Vás nějaké komplikace v průběhu těhotenství? Jak se řešily? Jak jste vnímala edukaci porodní asistentky?
8. Jakým způsobem byl porod ukončen?

Otázky týkající se kvality péče:

9. Jak u Vás probíhala edukace porodní asistentky ohledně těhotenství, porodu a po porodu? Byla jste poučena o rizicích vícečetného těhotenství? Konzultovaly jste spolu strategii a průběh porodu?
10. Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči?

11. Jak jste vnímala péči porodních asistentek? (u prvorodiček) Jak jste vnímala rozdíly mezi předchozím těhotenstvím a nynějším vícečetným těhotenstvím? (u vícerodiček)
12. Jak byste zhodnotila komunikaci mezi Vámi a porodními asistentkami? Cítila jste v nich oporu?

Zdroj: Vlastní

9 Seznam zkratk

Atd.- a tak dále

Apod. – a podobně

Event. – eventuálně

IUGR – intrauterinní růstová retardace

i.v. - intravenózní

KP – poloha plodu koncem pánevním

např. – například

pPROM - předčasný odtok plodové vody

s.c – per sectionem caesaream

TTTTS - twin to twin transfusion syndrome

UZ - ultrazvuk

VEX - vakuumextrakce

VVV – vrozená vývojová vada