

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Veronika Marková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Veronika Marková

**KOMPLIKACE U VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ A
V PRŮBĚHU PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Vošahlíková

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Marková Veronika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Komplikace u vícečetného těhotenství a v průběhu porodu

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Vošahlíková

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: komplikace, dvojčata, vícečetné těhotenství, porod dvojčat, porodní asistentka

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou komplikací u vícečetného těhotenství a v průběhu porodu. Práce je zaměřena na osobní zkušenosti participantek s péčí a informovaností při komplikacích vícečetné gravidity. Teoretická část obsahuje obecné dělení vícčrat, management péče, konkrétní popis nejčastějších komplikací u matky i plodů, dále je zde kapitola o možnostech vaginálního porodu, popis operativních porodů a v poslední kapitole se věnují psychice žen. Teoretická část zpracovává poznatky dostupné v odborné literatuře.

Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, konkrétně se jedná o hloubkovou analýzu dvou rozhovorů s ženami, které si prošly komplikacemi u vícečetné gravidity a v průběhu porodu. V závěru práce jsou shrnuta veškerá zjištění a jsou zde publikovány doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Marková Veronika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Complications of multiple pregnancy and during labour

Consultant: Mgr. Kateřina Vošahlíková

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 38

Keywords: complications, twins, multiple pregnancy, labor of twins, midwife

Summary:

This thesis deals with the problem of complications related to multiple pregnancy and birth. It is focused on personal experience of female participants with provided care and awareness during complications of multiple pregnancy. The theoretical part of the thesis discusses the general types of multiple pregnancies, care management, specific description of the most common maternal and fetal complications, the next chapter is dedicated to options of vaginal delivery, description of surgical delivery and the final chapter addresses the psychology of women. The theoretical part processes the findings available in the literature.

The practical part focuses on qualitative research, specifically an in-depth analysis of two interviews of two women, who went through complications during multiple pregnancy and birth. The final part of the thesis summarises all findings and includes recommendations for practice.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Vošahlíkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji participantkám za potřebné informace a v neposlední řadě děkuji příteli a rodině za jejich podporu při studiu a psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ	13
1.1 Definice	13
1.2 Klasifikace vícečetného těhotenství	13
1.2.1 Jednovaječná dvojčata.....	13
1.2.2 Dvouvaječná dvojčata	14
1.2.3 Další typy víceročet.....	15
1.3 Management perinatální péče u vícečetného těhotenství.....	15
1.3.1 Vyšetření v těhotenství.....	15
1.3.2 Specifika ultrazvukové péče u vícečetné gravidity	16
1.3.3 Kombinovaný screening I. trimestru.....	17
1.3.4 Kombinovaný screening II.trimestru.....	18
2 KOMPLIKACE A RIZIKA V GRAVIDITĚ.....	19
2.1 Komplikace a rizika pro matku	19
2.1.1 Hypertenze	19
2.1.2 Preeklampsie	20
2.1.3 HELLP syndrom	21
2.1.4 Anemie	21
2.1.5 Vystupňované těhotenské příznaky.....	22
2.2 Komplikace a rizika pro plody	23
2.2.1 Potrat	23
2.2.2 Twin to twin transfusion syndrom – TTT syndrom	24
2.2.3 Twin anemia–polycythemia sequence - TAPS	26
2.2.4 Twin reverse arterial perfusion syndrome - TRAP	27
2.2.5 Růstová restrikce plodu.....	27
3 POROD VÍCEROČAT	29
3.1 Vedení vaginálního porodu	29
3.2 Operativní porod	30
3.2.1 Císařský řez.....	30
3.2.2 Porod kleštěmi.....	31
3.2.3 Porod vakuumentrací	32
3.3 Předčasný porod.....	32

3.3.1	Předčasně narozený novorozenec.....	34
4	PSYCHOLOGIE VÍCEČETNÉ GRAVIDITY	36
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
5	FORMULACE PROBLÉMU.....	38
6	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	39
6.1	Hlavní cíl.....	39
6.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy.....	39
6.3	Výzkumné otázky.....	39
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	40
8	METODIKA PRÁCE.....	41
9	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	42
10	ZPRACOVÁNÍ DAT	43
11	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
11.1	Rozhovor s participantkou A	44
11.2	Rozhovor s participantkou B.....	50
	DISKUZE.....	57
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM LITERATURY	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69
	PŘÍLOHY	70
	Příloha 1 – Typy vícčetat	70
	Příloha 2 – Informovaný souhlas	71
	Příloha 3 – Okruhy témat k rozhovoru.....	72
	Příloha 4 – Leták s nabídkou pomoci.....	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání anamnestických údajů participantek.....	57
--	----

SEZNAM ZKRATEK

CRL	crown rump length (temenokostrční délka plodu)
CTG	cardiotokografie (metoda monitorace plodu a děložních stavů)
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
FGR	fetal growth restriction (růstová restrikce plodu)
FSH.....	folikostimulační hormon
GBS	group B streptococcus (streptokok skupiny B)
HBsAg	hepatitis B surface Antigen (povrchový antigen hepatitis B viru)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
IVF.....	in vitro fertilizace (metoda asistované reprodukce)
JIP	jednotka intenzivní péče
PPROM.....	preterm premature rupture of membranes (předčasný odtok plodové vody před termínem)
UUT.....	úmělé ukončení těhotenství

ÚVOD

Těhotenství je nejkrásnější a zároveň jedno z nejzásadnějších období v životě ženy. Při otěhotnění většinou ženy neočekávají, že u nich dojde k vícečetné graviditě. Toto zjištění tak může vést k velkému šoku. Většina žen si nedovede představit, že se v jejím těle začne vyvíjet více plodů najednou, proto v těle těhotné a v jejím sociálním okolí může dojít k podstatným změnám. Lidské tělo je primárně uzpůsobeno na vývoj jednoho plodu. To vícečetnou graviditu pojí s mnoha riziky a zvýšenými nároky na organismus matky. Tyto zvýšené nároky mají často za následek nejrůznější komplikace. V mé bakalářské práci se na tyto komplikace zaměřuji.

Na problematiku vícečetného těhotenství a s ní spojenými komplikacemi jsem se zaměřila z toho důvodu, protože mne problematika zajímá a myslím se, že se málo odborných prací zabývá pocity žen při komplikacích vícečetné gravidity. Porodní asistentky mohou být klíčovým pracovníkem v péči o psychiku takové ženy. V soukromých ambulancích gynekologů se většinou ženy dozvídají obecné informace a nemají moc možností, na koho se s případnými dotazy a nejasnostmi obrátit. Při vypuknutí komplikací musí být předání informací velice stručné a rychlé, což ale může mít za následek negativní působení na psychiku těhotné ženy i jejího okolí.

Cílem celé mé bakalářské práce bylo teoreticky popsat komplikace u vícečetné gravidity a v průběhu porodu a zjistit zkušenosti participantek s péčí zdravotníků při komplikacích a zároveň také analyzovat informovanost při propuknutí komplikací vícečetné gravidity. V teoretické části se věnuji rozdělení a vzniku vícčetat a také odlišnostem v prenatální péči. Dalším bodem mé teorie jsou nejčastější komplikace u matky a následně i specifické komplikace u plodů. Ve třetí kapitole se věnuji možnostem porodu. Poslední kapitola se věnuje důležitosti psychologie a také komunikace mezi těhotnými ženami a zdravotníky.

V praktické části jsem se zaměřovala na zjištění těhotenství, emoce při zjištění vícečetné gravidity, na to, jak participantky zjistily, že se u nich objevily komplikace a co při tom prožívaly. Dále jsem se zaměřovala na chování personálu, především porodních asistentek. V neposlední řadě mě zajímala psychologická podpora v náročné životní situaci od zdravotníků. Všechny informace byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla s oběma participantkami.

Veškeré informace jsem vyhledávala v odborné literatuře, v odborných knihách, člancích, výzkumech a kvalifikačních pracích. Odborná literatura byla opatřena ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, z Knihovny fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a z Městské knihovny Písek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ

1.1 Definice

Obecně je vícečetné těhotenství popisováno jako vývoj více plodů v děloze. Může se jednat o dva plody v děloze (gemini), tři plody v děloze (trigemini), čtyři plody (quadrigemini), vzácně se objevuje i více plodů. Lidské tělo je primárně uzpůsobeno na vývoj a porod jednoho plodu, a proto je vývoj vícerčat velice náročný, jak s ohledem na fyziologické změny organismu, ale také i pro psychiku matky a jejího okolí. Vícečetná gravidita není považována za patologickou, ale rapidně se zvyšuje incidence komplikací v těhotenství, i při následném porodu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 288). V dřívějších letech byla snaha zvýšit úspěšnost IVF (in vitro fertilizace, metoda asistované reprodukce) přenosem více oplodněných vajíček do dělohy, což mělo za následek zvýšený nárůst vícečetných gravidit. Tento trend způsobil, že v roce 2010 představoval počet vícečetných gravidit více jak 2 % veškerých porodů v České republice. Další faktory, u kterých nalzáme zvýšený výskyt vícečetných gravidit je vyšší věk žen, vícečetná gravidita v rodinné anamnéze a multiparita (Procházka a kol., 2020, s. 203). Spontánní početí dvou- vaječných dvojčat je do značné míry ovlivněno i rasou matky. Ženy afrického původu více inklinují ke vzniku dvojčat než bílé ženy, které zase mají vyšší výskyt vícerčat než ženy asijského původu (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s.707).

1.2 Klasifikace vícečetného těhotenství

1.2.1 Jednovaječná dvojčata

Monozygotní neboli jednovaječná dvojčata vznikají oplozením jedné zygoty jednou spermií. Obecně se uvádí, že pouze 30 % dvojčat jsou jednovaječná. Vznik u lidí zahrnuje oplodnění již oplodněného oocyty díky jeho křehčímu obalu a poškození vnitřní buněčné hmoty, které vede k rozštěpení oplodněného vajíčka. Bylo prokázáno, že IVF produkuje vyšší počet monozygotních dvojčat. Proti spontánní míře 0,4 % v běžné populaci studie uvádějí více než desetkrát vyšší míru výskytu jednovaječných dvojčat u těhotenství koncipovaného pomocí asistované reprodukce (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s.707). Podle toho, jak daleko od oplození k rozdělení dojde je dělíme na tři stádia: gemini mono-

choriati monoamniati, gemini monochoriati biamniati a gemini bichoriati biamniati (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 288).

Gemini monochoriati monoamniati jsou taková dvojčata, kde dochází k rozdělení základu až po diferenciaci obalů, placenty a samotného embrya, což bývá po 9 dnech po oplození a vznikají tak dva jedinci, kteří mají společný amnion (vnitřní obal), chorion (vnější obal) i placentu. Jejich výskyt je pouze v 1 % vícečetných gravidit a jsou také tou nejrizikovější skupinou. Pravděpodobnost, že oba plody přežijí je méně než 50 % (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 288).

Gemini monochoriati biamniati jsou dvojčata, kdy každé má svůj vlastní amnion i chorion, ale mají jednu společnou placentu, v tomto případě se embryo rozdělí mezi 3-8. dnem od oplodnění (Studnicková, Vojtěch, Velebil, 2016, s. 375-380).

Pokud mají plody oddělené plodové obaly a placentu, hovoříme o gemini bichoriati biamniati, u těchto dvojčat dojde k rozdělení do 3. dne od oplození (Procházka a kol., 2020, s. 204). Názorné rozdělení typů dvojčat je uvedeno v příloze č. 1.

Jednovaječná dvojčata mají nejen vyšší výskyt anomálií než dvouvaječná, ale také se rodí dříve, mají nižší porodní hmotnost a vyšší počet intrauterinních a neonatálních úmrtí (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s. 707).

1.2.2 Dvouvaječná dvojčata

Dojde-li k oplození dvou vajíček dvěma spermii, hovoříme o dizygotních (dvouvaječných) dvojčatech, ty tvoří přibližně 70 % veškerých dvojčat. Příčiny vzniku těchto dvojčat jsou objasněny lépe než příčiny u jednovaječných. Oplození dvou vajíček a tím vzniku dvouvaječných dvojčat předchází vícečetná ovulace, která je zapříčiněna zvýšenou hladinou FSH (folikostimulační hormon). Vyšší výskyt dizygotních dvojčat je hlášen u žen, které v nedávné době vysadily antikoncepční pilulky, což je pravděpodobně důsledkem zvýšeného vzestupu hladiny FSH (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s. 707).

Tato dvojčata nazýváme jako gemini bichoriati biamniati, znamená to tedy, že mají samostatné obaly i placentu a jejich vzhledové i povahové rysy se budou různit. Ojedinele může dojít k oplození dvou vajíček v jednom folikulu, či k oplození jednoho vajíčka se dvěma jádry. Pojem superfekundace znamená, že při dvou různých souložích se dvěma různými muži dojde k oplození dvou vajíček během jednoho cyklu. Pokud dojde

k oplození jednoho vajíčka při jedné souloži a následně oplození druhého v době, kdy první je už uhnížděné, mluvíme o superfetaci (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 289).

1.2.3 Další typy vícěrčat

Další typy dvojčat jsou velice vzácné a jsou veřejnosti známe především kvůli zmínce v médiích. Jedná se hlavně o siamská dvojčata, která vznikají neúplným rozdělením vajíčka po 13. dni od oplodnění. Typické pro ně je, že díky pozdnímu rozdělení jsou spojená některými částmi těla, nejčastěji hrudníkem, končetinami, ale mají také spojené některé orgány. Při tomto jevu může dojít i k parazitickému dvojčeti – jedno dvojče je malé, méně vyvinuté a je závislé na druhém, větším a silnějším dvojčeti. S parazitickým dvojčetem je spojen pojem tzv. fetus in fetu, kdy je shluk buněk v těle dvojčete a nezávisle na něm přežívá v jeho těle (Vítková Rulíková, 2009, s. 25 - 28).

1.3 Management prenatální péče u vícečetného těhotenství

Jeden z nejdůležitějších bodů v péči o těhotnou s více plody je včasná diagnostika a určení o jaké vícečetné těhotenství jde. Prenatální péče má v tomto případě pár specifík, ale neméně důležitá součástí je dostatečná informovanost ženy i její rodiny. Péči ženě poskytuje více odborníků; gynekolog, porodní asistentka, neonatolog, případně další specialisté. Cílem péče je včasná diagnostika rizik, komplikací, a tím pádem předcházení potíží a ohrožením života matky i vícěrčat (Procházka a kol., 2020, s. 203).

Velmi důležitou roli v poskytnutí kvalitní prenatální péče je vyhodnocování rizikových faktorů, hlavně se zaměřujeme na předchozí předčasný porod v anamnéze a cervikometrii, které mohou značit předčasný porod. Při prokázání začínajícího předčasného porodu těhotnou ihned přepravíme do specializovaného perinatologického centra, kde se další postup konzultuje s neonatologem. Dalším faktorem, na který se výrazně zaměřujeme je včasná diagnostika hypertenze, preeklampsie, gestačního diabetu a anemie. Veškeré zjištěné patologie je nutné řešit v perinatologické centru (Hájek, Měchurová, Velebil a kol., 2013, s. 22-23).

1.3.1 Vyšetření v těhotenství

Pravidelné kontroly u jednočetné gravidity jsou do 34. týdne těhotenství plánovány za 4-6 týdnů, od 34. týdne zhruba jedenkrát za 1-2 týdny. U vícečetné gravidity se návštěvy gynekologa liší podle typu dvojčat, u bichoriálních dvojčat je péče plánována od 22. týdne gravidity každé dva týdny, včetně objektivního vaginálního nálezu. Monochoriální biamniální a monochoriální monoamniální dvojčata jsou od 16. týdne sledována

v perinatologickém centru (Hájek, Měchurová, Velebil a kol., 2013, s. 22-23). U vícečetné gravidity se jedná o rizikový faktor, tudíž frekvence návštěv se může individuálně upravovat podle výsledků vyšetření a pocitů těhotné. Při každé návštěvě se dělají tzv. pravidelná vyšetření a mezi ně řadíme anamnézu a stesky těhotné, změření krevního tlaku, chemické vyšetření moči, detekce známek vitality plodu, zevní vyšetření a dle zvážení lékaře i bimanuální vaginální vyšetření (ČGPS ČLS JEP, 1/2019, s. 1-3).

Nepravidelná vyšetření se provádějí v určitém týdnu těhotenství. Do 14. týdne gravidity by měla být vystavena těhotenská průkazka a žena by měla být obeznámena se všemi prenatalními vyšetřeními a screeny. Taktéž se provádí laboratorní vyšetření, které zahrnuje stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, hladiny antierytrocytárních protilátek, krevního obrazu (hladina hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů a trombocytů), vyšetření na HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti), HbsAg (hepatitis B surface Antigen, povrchový antigen hepatitis B viru) a protilátek proti syfilis a nakonec glykémie na lačno. Mezi 24.-28. týdnem gravidity je doporučován orálně glukózový toleranční test ke zjištění gestačního diabetu. Od 28. týdne dochází u Rh negativních žen k aloimunizaci. Další laboratorní vyšetření přichází ještě mezi 28. a 34. týdnem těhotenství, kde se opět kontroluje krevní obraz a protilátky proti syfilis. Ke konci těhotenství přichází na řadu vaginorektální detekce streptokoků skupiny B neboli GBS (group B streptococcus) vyšetření, obvykle prováděné v 35.-37. týdnu (ČGPS ČLS JEP, 1/2019, s. 1-3).

1.3.2 Specifika ultrazvukové péče u vícečetné gravidity

Co se týká ultrazvukové péče, má sledování vícečetného těhotenství svá specifika. U všech se dělá vstupní ultrazvuk, kde se hodnotí, zda je plod vitální, kolik plodů se v děloze nachází a jejich chorionicita (počet placent) a amnionicita (počet amniálních dutin) a stanovuje se CRL (crown rump length, temenokotrční délka plodu), které určí délku těhotenství (Procházka a kol., 2020, s. 378).

U bichoriálních biamniálních dvojčat se ve 20.-22. týdnu ultrazvuk soustředí především na počet plodů, jejich vitalitu (zda je přítomna srdeční akce), chorionicitu, polohu plodů, biometrii (parametry symetrie plodů ze kterých se dá určit hmotnost plodu), lokalizaci placenty, množství a symetrii plodové vody, cervikometrii a podrobnou morfologii plodů. Další ultrazvuky se plánují na 28., 32. a 36. týden, kde se opět zhodnocují veškeré předešlé parametry (Lubušký, Krofta, Vlček, 2013, s. 135-139).

U monochoriálních biamniálních, monochoriálních monoamniálních dvojčat, trojčat, případně i u více plodů se dělá více ultrazvuků, konkrétně se v 16., 18., 24., 26., 30. a 34.týdnu těhotenství zhodnocuje počet plodů a chorionicita, vitalita, poloha plodů, obvod břicha, náplň močového měchýře a množství plodové vody. V rozmezí mezi 20.-22. týdnem těhotenství se k těmto parametrům přidává ještě biometrie, lokalizace placent, množství a symetrie plodové vody, cervikometrie a podrobná morfologie plodů. S pokročilým stadiem těhotenství se rozšiřuje i ultrazvuková péče u vícečetné těhotné, a to o dopplerometrii, kdy jsou měřeny průtoky krve v důležitých cévách (Lubušký, Krofta, Vlček, 2013, s. 135-139).

1.3.3 Kombinovaný screening I. trimestru

U vícečetných gravidit je doporučeno provést screening morfologických a chromozomálních vrozených vývojových vad plodu. Nejspolehlivější je v současné době kombinovaný screening I. trimestru, který se skládá z biochemického odběru krve a ultrazvuku, ale není hrazen ze zdravotního pojištění, ovšem jeho spolehlivost je až 95 % (ČGPS ČLS JEP, 1/2019, s. 1-3). Primotrimestrální screening se obvykle provádí na konci I. trimestru, tj. 11+0 –13+6 týden těhotenství a jeho hlavní cílem je včasná diagnostika patologií, včetně vrozených vývojových vad. První částí je biochemické vyšetření séra matky, kde se konkrétně vyšetřují dva parametry – free-beta-hCG a PAPP-A (Centrum prenatální diagnostiky, 2021).

Free-beta-hCG neboli volná beta podjednotka lidského choriového gonadotropinu stimuluje v těhotenství funkci žlutého tělíska, a tím zaručuje produkci důležitých hormonů - estrogenu a progesteronu. U těhotenství, kdy má plod trizomii chromozomu 21, neboli má Downův syndrom, se nachází v prvním a druhém trimestru hodnoty zvýšené. Naopak u trizomie 18. (Edwardsův syndrom) a 13. chromozomu (Patauův syndrom) se hladiny snižují (Procházka a kol., 2020, s. 200).

Protein, který vzniká v placentě při probíhajícím těhotenství nazýváme PAPP-A. U plodu, kde se nachází chromozomální aberace bývají hodnoty tohoto proteinu nízké. Velice nízké hodnoty můžeme najít u pokročilé placentární nedostatečnosti nebo při úmrtí plodu (Procházka a kol., 2020, s. 200).

Při ultrazvukovém vyšetření screeningu prvního trimestru zjišťujeme CRL, aby došlo k potvrzení délky těhotenství, změří se srdeční frekvence plodu a dále je zde zahrnuta tzv. nuchální translucence (NT) neboli šijové projasnění, které ukazuje nahromaděnou te-

kutinu v oblasti šíje. Pokud je tloušťka této tekutiny zvýšená, může se u plodu jednat o genetický syndrom nebo chromozomální aberaci. Dalším parametrem sledovaným na ultrazvuku je nosní kůstka, pokud není přítomna, nejčastěji to poukazuje na Downův syndrom (Nuchal translucency scan, 2021).

Při zhodnocování veškerých výsledků biochemického i ultrazvukového screeningu bereme v potaz i anamnestické údaje ženy, hlavně věk a anamnézu a poté definitivně vyhodnocujeme riziko – pokud je vyšší než 1:100, bereme test jako pozitivní. V tomto případě ženu odešleme na genetickou konzultaci do specializovaného centra a doporučíme invazivní prenatální diagnostiku – odběr choriových klků a odběr plodové vody (Centrum prenatální diagnostiky, 2021).

1.3.4 Kombinovaný screening II.trimestru

Tento screening se provádí v 16. týdnu těhotenství, je proplácen ze zdravotního pojištění, což znamená větší dostupnost pro více žen, ale oproti primotrimestrálnímu screeningu je zde mnohem vyšší falešná pozitivita (Binder a kol., 2014, s. 56). V tomto screeningu je zde opět biochemické markery, konkrétně total hCG, AFP, uE3 a dále je jeho součástí ultrazvukové vyšetření ve 20.-22. týdnu těhotenství (Procházka a kol., 2020, s. 200).

O hCG bylo zmíněno již u screeningu I. trimestru. AFP neboli alfa-1-fetoprotein je glykoprotein, který v těhotenství produkuje žlutkový váček. Pokud jsou hodnoty snižené, poukazuje to na možnost výskytu trizomie 21., 18. a 13. chromozomu. Naopak hodnoty snižené se nejčastěji nachází u defektů neurální trubice nebo břišní stěny (Procházka a kol., 2020, s. 200).

Nekonjugovaný estriol neboli zkratka uE3 je důležitým hormonem pro celé těhotenství. Podobně jako u AFP nacházíme jeho snižené hodnoty u trizomie 21., 18. a 13. chromozomu (Procházka a kol., 2020, s. 200).

Ultrazvukové vyšetření v 20.-22. týdnu hlavně zhodnocuje morfologii plodu – velikost, stavbu orgánů a jejich funkci, průtoky v děložních cévách a dále zhodnotí množství plodové vody, uložení placenty (ČGPS ČLS JEP, 4/2019, s. 1-2).

2 KOMPLIKACE A RIZIKA V GRAVIDITĚ

2.1 Komplikace a rizika pro matku

Nároky na tělo matky jsou v graviditě obrovské, u vícečetné gravidity to platí dvojnásob a s tímto faktem se pojí i zvýšení rizik a komplikací u těhotenství s více plody, a to až sedmkrát. S častějším rozvojem komplikací se pojí i horší prognóza daných onemocnění (Studničková, Vojtěch, Velebil, 2016, s. 375-380).

2.1.1 Hypertenze

Obecně je charakterizovaná zvýšeným krevním tlakem nad 140/90 mm Hg, tyto hodnoty bychom měli naměřit ve více měřeních, pouze v případě, že je hodnota diastolického tlaku vyšší než 110 mm Hg, kontrolní měření není potřeba a žena je neprodleně zaléčena. V graviditě hypertenze výrazně zvyšuje morbiditu a mortalitu matky i plodu (ČGPS ČLS JEP, 6/2019, s. 1-6).

Hypertenzi můžeme dělit do několika skupin, a to preexistující hypertenze, která se objevuje již před těhotenstvím, anebo je diagnostikována před 20. týdnem gravidity. Další je preeklampsie superponovaná na chronickou hypertenzi, kdy se k chronické hypertenzi před těhotenstvím přidá v těhotenství i preeklampsie. Gestační hypertenze je označení pro další skupinu, tato hypertenze se objevuje až po 20. týdnu těhotenství a neobjevuje se zde bílkovina v moči. Preeklampsie je hypertenze a nález bílkoviny v moči, obvykle vznikající po 20. týdnu těhotenství a poslední a jedna z nejzávažnějších skupin je eklampsie, což je vystupňování preeklampsie do tonicko-klonických křečí, kdy je vážně ohrožena na životě matka i dítě (ČGPS ČLS JEP, 6/2019, s. 1-6).

Po diagnostice hypertenze musí dojít k výraznému sledování těhotné ženy, dochází zde ke spolupraci porodníka s dalšími odborníky, u ženy se pravidelně sleduje krevní tlak, bílkovina v moči, váhový přírůstek a sleduje se vývoj plodu v děloze (Měchurová, Andělová, 2013, s. 45-47).

Léčba hypertenze spočívá v léčbě perorálními antihypertenzivy s pomalým nástupem účinku. U hypertenze, která je zaznamenána již před těhotenstvím, musí dojít ke správné kompenzaci před početím. Nezbytnou součástí léčby je pravidelná kontrola krevního tlaku, který by neměl převyšovat hodnotu 140/90 mm Hg (Procházka a kol., 2020, s. 223).

2.1.2 Preeklampsie

Je to spolu s eklampií nejzávažnější forma hypertenzního onemocnění. Toto onemocnění je typické pouze pro graviditu. Je charakterizováno hypertenzí a nálezem bílkoviny v moči. Principem tohoto onemocnění je onemocnění cévní stěny zapříčiněno abnormálním vývojem placenty, což následně vede k různému multiorgánovému postižení. Její výskyt je typický až po 20. týdnu gravidity (Binder a kol., 2020, s. 23). U prvorodiček je 5 krát častější vznik preeklampsie, u vícerodiček dokonce až 10 krát (Roztočil a kol., 2017, s. 284).

Preeklampsii dělíme podle závažnosti a podle doby vzniku. U závažnosti je to lehká a těžká forma. Lehká forma je typická zvýšeným tlakem s hodnotami 140/90 až 159/109 mm Hg, bílkovinou v moči, otoky a těžká forma má krevní tlak nad 160/110 mm Hg, snížené množství moči pod 400 ml za 24 hodin, vyšší hodnoty bílkoviny v moči, plicní edémy a nově vzniklé bolesti hlavy (ČGPS ČLS JEP, 6/2019, s. 1-6).

Dle doby vzniku se dělí preeklampsie na časnou a pozdní formu. Časná se objevuje před 34. týdnem těhotenství (nejčastěji po 20. týdnu) a dochází k poruše fetoplacentární jednotky, která se diagnostikuje sníženým objemem placentární tkáně, abnormálními nálezy průtoků cévami na ultrazvuku a celé to bývá spojeno s FGR (fetal growth restriction, intrauterinní růstová restrikce plodu). U pozdní formy dochází k nástupu až po 34. týdnu gravidity, ve většině případů vzniká na podkladě chronického onemocnění matky, a tudíž je placentární tkáň v pořádku, plod roste fyziologicky, průtoky v cévách jsou normální a prognóza je mnohem příznivější (ČGPS ČLS JEP, 6/2019, s. 1-6).

Preeklampií postižená placenta produkuje placentární toxin, díky kterému dochází k destrukci cév v různých orgánech – játrech, ledvinách, plicích i mozku. Díky nekrotickým jaterním buňkám se vyplavují jaterní enzymy do krevního oběhu matky. Tato poškození v játrech způsobují poruchu hemokoagulace a dochází k hemolýze (rozpad červených krvinek) a k poklesu krevních destiček (Roztočil a kol., 2017, s. 386). Klesá též samotný průtok krve ledvinami, to je způsobeno jednak zúžením cév, ale i změnou funkce. Snižuje se množství sodíkových iontů, které zapříčiňují i snížené množství moči – oligurie. Zúžení cév se nevyhne ani cévám v mozku, to následně vede k ischemii a krvácení, což je nejčastější příčinou úmrtí při preeklampsii (Binder a kol., 2020, s. 26).

Pokud u těhotné nacházíme při pravidelné kontrole vyšší tlak než 140/90 mm Hg (opakovaně), proteinurii vyšší než 300 mg za 24 hodin, máme zaznamenanou vyšší hodno-

tu jaterních testů nebo snížené množství trombocytů v krvi, prokázanou nitroděložní růstovou restrikci, nadměrný přírůstek hmotnosti nebo už vážnější příznaky jako bolesti hlavy, poruchy vidění, bolesti v epigastriu a zvracení, těhotnou musíme hospitalizovat a sledovat. Pokud dochází ke zhoršování subjektivních, laboratorních i monitoračních příznaků, zvažuje se ukončení těhotenství (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 320-321).

Pokud dojde k plně rozvinuté formě preeklampsie, může se objevit další, velice závažná fáze a tou je eklampsie. Eklampsie se projevuje záchvatem tonicko-klonických křečí, které vedou k hypoxii, otoku mozku se změnami mozkové tkáně. Tento záchvat ohrožuje na životě matku i plod a musí být ihned řešen zastavením křečí, snížením tlaku a stabilizováním vitálních funkcí (Binder a kol., 2020, s. 25).

2.1.3 HELLP syndrom

Z anglických zkratk v překladu – hemolýza, zvýšení jaterních enzymů, trombocytopenie (snížené množství trombocytů v krvi). V některých případech se tento syndrom popisuje jako závažná komplikace těžké preeklampsie. Až v 70 % je její výskyt popisován před porodem, ve zbylých 30 % až po porodu. Podobně jako u preeklampsie není příčina tohoto onemocnění úplně známa (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 324).

U tohoto onemocnění dochází k hemolýze díky mechanickému poškození červené krvinky, konkrétně krvinka rychle projde postiženým řečištěm a dojde k poškození a jejímu předčasnému rozpadu. U trombocytopenie dochází ke zvýšenému spotřebování destiček a tím jejich počet klesá. Zvýšení jaterních enzymů je zapříčiněno poškozením jaterních membrán (Binder a kol., 2020, s. 32).

U tohoto syndromu dochází k vystupňování příznaků preeklampsie a k bolesti v epigastriu a pravém podžebří, nauze, zvracení a dochází i k nespecifickým příznakům jako je únava a malátnost. V pozdějším stádiu se objevují krvácivé projevy – krev v moči, krvácení do zažívacího traktu, které jsou často spojovány s diseminovanou intravaskulární koagulací (DIC), která celý syndrom komplikuje. Pokud se rozvine jedna z komplikací (abrupce placenty, eklampsie, hypoxie plodu nebo již zmiňovaný DIC) je zásadní léčbou ukončení těhotenství (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 324-325).

2.1.4 Anemie

U vícečetných gravidit nalézáme až dvojnásobný výskyt anemie (Studničková, Vojtěch, Velebil, 2016, s. 375-380). Během těhotenství se musí tělo ženy připravit na vysoké nároky rostoucích plodů, především se jedná o zvýšené nároky na tvorbu a spotřebu železa.

S tímto faktem se pojí častá sideropenická anémie u těhotných. Obecně je anémie v těhotenství definována jako stav, kdy je snížen hemoglobin. To se může projevat únavou, nesoustředěností, bolestí hlavy, závratěmi, ale také může být anémie úplně bezpříznaková (Binder a kol., 2020, s. 84-87).

Sideropenická anémie neboli anémie z nedostatku železa, může být způsobena nedostatečným příjmem, nadměrným odbouráváním nebo zvýšenými nároky organismu na spotřebu železa. K nadměrným ztrátám patří především malé, ale pravidelné ztráty krve, o nedostatečném přísunu hovoříme nejčastěji v souvislosti s vegetariánstvím a veganstvím. Při péči o těhotnou se nejčastěji bavíme o sideropenické anémii z důvodu zvýšené potřeby organismu (Penka, Tesařová a kol., 2011, s. 164-165).

Léčba u těhotných spočívá především v substituci železa, v první řadě se podávají léky per orálně, výjimečně se může podat železo v intravenózním podání a pokud se hladiny železa nepodaří úspěšně zkompenzovat, jako nouzové řešení je zde transfuze krve. Hodnoty hemoglobinu se sledují i po porodu a podle výsledků dochází k zaléčení i v období šestinedělí (Binder a kol., 2020, s. 32).

2.1.5 Vystupňované těhotenské příznaky

Díky působení hormonu progesteronu se u žen s vícečetným těhotenstvím vyskytují rané gestózy. Mezi ně řadíme nauzeu (pocit na zvracení), zvracení a nadměrné slinění (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 204, 316).

Emesis gravidarum je latinský název pro nauzeu a ranní zvracení, které se objevuje u 70 % těhotných. Její výskyt je typický pro počátek těhotenství, konkrétně mezi 4.-8. týdnem gravidity. U těhotné dochází k narušení veškerých aktivit běžného života, začíná hubnout a dojde na narušení balance minerálů. V léčbě je hlavní psychická podpora ženy, její dostatečná informovanost o správném jídelníčku a vyvážené stravě, která může při těchto obtížích pomoci. Závažnější stupeň tohoto problému je tzv. hyperemesis gravidarum, kdy jsou příznaky vystupňovány natolik, že dochází k dehydrataci a rozvratu vnitřního prostředí, v nejvážnějších případech je žena ohrožena na životě a musí dojít k ukončení gravidity (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 316).

Ptyalismus, odborný název pro nadměrné slinění je stav, kdy z neznámého důvodu začnou slinné žlázy produkovat nadměrné množství slin. Tento stav je raritní a léčba je zatím neznáma (Binder a kol., 2020, s. 21).

Díky horší cirkulaci v žilách dochází k zvýšené tvorbě varixů, zvětšenou dělohou dojde k většímu útlaku močového a trávicího traktu a sním spojené časté močení a zácpa. Díky zvedání bránice se těhotné hůře dýchá (Procházka a kol., 2020, s. 204).

2.2 Komplikace a rizika pro plody

U vícečetného těhotenství je až 10x větší riziko výskytu nízké porodní hmotnosti (pod 2500 g) u novorozence oproti jednočetné graviditě. Tento fakt jde ruku v ruce s tím, že zde až 5x častěji dochází k riziku předčasného porodu. Plody, které pochází z vícečetné gravidity mají obecně vyšší výskyt růstových restrikcí, vývojových vad a vad souvisejících s cévními spojkami fetomaternálního oběhu (Studničková, Vojtěch, Velebil, 2016, s. 375-380).

2.2.1 Potrat

„Spontánní potrat je ukončení těhotenství, kdy jsou embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jejich hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Marková, Chvílová Weberová a kol., 2020, s. 14)

U vícečetných gravidit obecně dochází k častějšímu riziku spontánních potratů. Potraty dělíme na několik druhů, mezi nejzákladnější a neobecnější patří potrat samovolný a indikovaný, též nazývaný jako umělé ukončení těhotenství (UUT). Příčiny vzniku samovolného potratu mohou být u matky, kde se může jednat o hormonální nerovnováhu, malformaci dělohy jako například zdvojení dělohy, dále se v souvislosti s dělohou objevují různé záněty, nádory a myomy, které vytváří špatné podmínky pro uhnízdění oplodněného vajíčka. Mezi příčiny související s plodem jsou nejčastější abnormality a defekty plodového vejce, až u 40 % se objevují genetické odchylky a strukturální abnormality (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 240-241).

Samovolný potrat dělíme na nekomplikovaný a komplikovaný. Nekomplikovaný je dále dělen na potrat hrozící, kde žena krvácí z děložního hrdla, stěžuje si na tlaky v podbřišku a dochází k částečné separaci plodového vejce. Potrat počínající se od hrozícího liší tím, že se u ženy tlaky v podbřišku mění na silné a bolestivé kontrakce a dochází ke zkracování a rozšiřování hrdla, ve vzácných případech dochází k potratu úplnému, kde se potratí celé plodové vejce a dutina děložní je prázdná (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 240-241).

Mezi komplikované potraty řadíme potrat protražovaný, který je doprovázen dlouhodobým krvácením. Horečnatý potrat vzniká na podkladě množení bakterií na celém plodovém vejci nebo na jeho zbytcích a dojde k infekci. S neúplným potratem se setkáváme často, v dutině děložní zůstávají obaly plodu, hlavní známkou tohoto potratu je dilatované hrdlo a krvácení. Missed abortion neboli zamklý potrat nazýváme stav, kdy je plodové vejce odumřelé, ale není vypuzené dělohou. U ženy se po nějaké době objeví známky intoxikace díky částečnému vstřebání odumřelého plodu a začne se u ní projevovat únava, nechutenství a zvýšená teplota (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 241-242).

Zvláštním podtypem potratu je syndrom mizejícího dvojčete, který se objevuje v raném týdnu těhotenství, většinou do 10. týdne. Vyskytuje se zhruba ve 13 % případů. Znamená to, že gestační váček jednoho plodu má při ultrazvukovém vyšetření změněnou strukturu a začíná se vstřebávat, někdy nemusí být struktura plodu vůbec přítomná a v tom případě se jedná o afetální vejce (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 263).

Jedna z možností je, že se plod začne vstřebávat placentou, dále může dojít k potracení plodu a plod odejde s mírným krvácením nebo je vstřebán přeživším plodem. Ani jedna z těchto variant nenaruší vývoj druhého dvojčete a těhotenství se dále vyvíjí jako jednočetné (Vítková Rulíková, 2016, s. 15).

2.2.2 Twin to twin transfusion syndrom – TTT syndrom

Twin to twin transfusion syndrom neboli syndrom fetofetální transfuze je komplikace typická pouze pro vícečetnou graviditu a její hlavní příčinou je nerovnováha mezi distribucí krve pro oba plody (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s. 715). Ve spojené placentě u jednovaječných dvojčat dochází k tomu, že v cévní síti v placentě se nachází různé spojky mezi tepnami a žilami a při tomto syndromu dojde k průtoku krve pouze k jednomu plodu, ten je přetížen na úkor druhého. Rozlišujeme pojmy donor a recipient (Kozubíková, 2017, s. 25-26).

Recipient neboli příjemce je přetížen větším objemem krve a dochází u něj k rozvoji polyhydramnionu (zvýšenému množství plodové vody) v důsledku nadměrného močení plodu díky zvýšené hodnotě hormonu regulujícího močení, plod tedy bude mít zvětšený močový měchýř. Dále se díky přetížení oběhu rozšiřuje srdce a objevuje se patologický průtok v cévách plodu. Obecně u tohoto plodu mluvíme o hypervolemii (zvýšení objemu krve) a polycytemii (zvýšení počtu erytrocytů v krvi) (Kozubíková, 2017, s. 25-26).

Naopak donor (dárce) má hypovolemii (snížený objem krve v těle plodu), aby se objem zvětšil, tak se zvyšuje produkce hormonu zaručujícího zpětné vstřebávání vody, tudíž se u plodu rozvíjí oligurie (sníženému množství moči) a protože je plodová voda tvořena z části moči, tak je zde přítomný i oligohydramnion (snížené množství plodové vody). Plod projevuje jen omezené pohyby, popřípadě se nehýbe vůbec, je výrazně menší než druhý plod. Má patologické průtoky v důležitých cévách, a to jak v mozku, pupečníku, tak i v celém těle (Kozubíková, 2017, s. 25-26)

Chronický oligohydramnion vede u donora k růstové restrikci plodu (FGR), naopak polyhydramnion dlouhodobě vede k nadměrnému rozpínání dělohy a ke zvýšenému nitroděložnímu tlaku. Oba tyto faktory mohou přispívat ke zvýšenému riziku předčasného porodu, převážně v důsledku ruptury vaku blan a předčasnému odtoku plodové vody před termínem porodu (PPROM) (Gabbe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s. 715).

Tento syndrom má 4 stádia. První z nich je hodnoceno tak, že u donora se objevuje oligohydramnion, naopak u recipienta je zobrazován polyhydramnion. U druhého stádia máme stejné příznaky jako u prvního, a navíc se nezobrazuje náplň močového měchýře donora. Třetí stádium má příznaky druhého, a k tomu se přidávají špatné průtoky krve v cévách. Poslední stádium má příznaky veškerých zmíněných stádií, ale je zde navíc vidět intrauterinní úmrtí jednoho nebo už obou plodů (Kroupová, 2016, s. 28-29).

Bez zásahu je prognóza velice nepříznivá, dochází až v 90 % případů k úmrtí jednoho nebo obou plodů. Pokud dojde k úmrtí jednoho plodu, u druhého se až ve 25 % objevují neurologické potíže (Kroupová, 2016, s. 28-29).

Důležitým bodem při léčbě je co nejdřívejší prenatální diagnostika a odeslání ženy do specializovaného centra, kde jsou sledovány veškeré parametry, které by u těhotné ženy mohly nasvědčovat vzniku komplikací. Včasný záchyt komplikací mohou předcházet vážným komplikacím a negativním následkům (Kozubíková, 2017, s. 25-26).

Mezi zásadní terapii řadíme tzv. amnioredukci, kdy dochází při amniocentéze k odběru 2-3 litrů plodové vody u recipienta, musí se ale opakovat. K prvnímu odběru dochází okolo 24. týdne a celé těhotenství prodlužuje až o 7 týdnů. Mezi další metody léčby řadíme septostomii, která spočívá v protržení interfetální amniální překážky a vytvoření otvoru v amniální membráně. Výsledkem je vyrovnání tlaků v obou amniálních dutinách, u

tohoto výkonu dojde k pseudomonoamniální graviditě a je zde zvýšené riziko pupečnickových komplikací (Kroupová, 2016, s. 28-29).

Léčba, která řeší příčinu samotného syndromu je fetoskopicky řízená laserová fotokoagulace, která se provádí před 26. týdnem těhotenství v anestezii a pod kontrolou ultrazvuku. Do amniového obalu recipienta se zavádí fetoskop. Dělíme jí na neselektivní a selektivní fotokoagulaci. U neselektivní fotokoagulace se koagulují všechny cévy, které přecházejí interfetální rozhraní. Změny v náhle cirkulaci krve často jeden z plodů nezvládne a dojde k jeho intrauterinnímu úmrtí. Selektivní fotokoagulace spočívá v koagulaci zmíněných spojek nacházejících se mezi tepnami a žilami. U této metody dochází k větší šanci přežití alespoň jednoho plodu, a to až z 83 % (Kroupová, 2016, s. 28-29).

Poslední metoda řešení TTT syndromu je selektivní fetocida, jde o redukci vícečetného těhotenství a provádí se při prokázání těžkých malformací plodu, při třetím a čtvrtém stádiu syndromu a při vyčerpání veškerých jiných léčebných metod. Redukce se provede zaškrcením pupečníku jednoho z plodů (Kozubíková, 2017, s. 25-26).

Žádná výše zmíněná invazivní metoda není bez rizika komplikace, při výkonu může dojít k poranění cév matky a jejich následnému krvácení, nástupu kontrakční činnosti dělohy, potratu, předčasnému porodu, anebo anesteziologickým či hematologickým potížím. Tím, že se jedná o invazivní vstup, může zde také dojít ke vzniku zánětu plodových obalů tzv. chorioamnionitis (Kozubíková, 2017, s. 25-26).

2.2.3 Twin anemia–polycythemia sequence - TAPS

Twin anemia-polycythemia sequence je onemocnění řazené k TTT syndromu. Jeho hlavními příznaky jsou odlišné hladiny hemoglobinu u dvojčat a absence polyhydramnionu a oligohydramnionu (Běhávková, Vojtěch, 2016, s. 323-325). Jeho spontánní výskyt je v 3–5 % u jednovaječných dvojčat a až ve 13 % se objevuje jako komplikace léčby TTT syndromu. Nejčastěji se začne objevovat až po 30. týdnu gravidity. Příčinou vzniku jsou malé spojky mezi žilami a tepnami plodů, a tudíž u nich dochází k chronické transfuzi. Na rozdíl od TTT syndromu u plodů nenacházíme na ultrazvuku rozlišení v množství plodové vody, ale nalézáme zvýšený tok krve v mozkové tepně u donora a snížený tok u recipienta (Vlašínová, Hruban, Janků, 2015, s. 189-195).

Po laserové léčbě fetofetálního syndromu může dojít k TAPS u obou plodů, proto se hodnotí průtoky krve v mozkových cévách každé 2 týdny. Léčba závisí na závažnosti a

gestačnímu stáří plodů. Možností terapie může být laserové řešení problému, kdy dojde k přerušení mezi sebou komunikujících cév. Další možností je intrauterinní transfuze anemického plodu. Jako předcházení této komplikace se doporučuje úplné rozdělení placentárních teritorií laserem a tím se významně snižuje opětovný výskyt TAPS i TTT syndromu (Běhávková, Vojtěch, 2016, s. 323-325).

2.2.4 Twin reverse arterial perfusion syndrome - TRAP

Mezi další vzácnou komplikaci řadíme twin reverse arterial perfusion syndrome, který se u jednočetných dvojčat objevuje asi v 1 % případů. Tento syndrom vzniká na podkladě patologických spojek v cévním řečišti, kde následně dochází k zpětnému toku krve v umbilikální tepně recipienta a ten je zásoben odkysličenou krví donora (Procházka a kol., 2020, s. 205).

Příčinou je abnormální vývoj kardiovaskulárního systému recipienta, ten začne být závislý na zdravém dvojčeti – donorovi. Donor začne vhnět zpětně arteriální krev přes cévní spojky do umbilikální žíly recipienta a u něj se vyvine normální tepenná síť (Vlašínová, Hruban, Janků, 2015, s. 189-195). Dochází zde ale k průtoku krve pouze ve spodní části těla recipienta, a proto se u něj objevuje absence hlavy, srdce a dochází k nedostatečnému vyvinutí horních končetin. Donor zajišťuje cirkulaci krve pro sebe, ale i pro jeho parazitující dvojče, což vede k přetížení jeho systému a až v 55 % případů zdravý plod umírá na srdeční selhání. Diagnosticky je obtížně rozeznat, zda se jedná o tento syndrom nebo o syndrom mizejícího dvojčete, proto by se mělo udělat ultrazvukové dopplerovské vyšetření, aby se jednoznačně vyloučil zpětný tok krve pupečnickovou tepnou a tím pádem došlo k vyloučení TRAP syndromu (Běhávková, Vojtěch, 2016, s. 323-325).

2.2.5 Růstová restrikce plodu

„Je definována jako nižší rychlost růstu plodu s ohledem na jeho normální růstový potenciál.“ (Grulichová, 2021, s. 46).

Bichoriální dvojčata jsou růstovou restrikcí ohrožena ve 20-30 % případů, u monochoriálních je to až ve 40 % případů. Hlavním důvodem je sdílení placentárního oběhu (Zmrhalová, 2012, s. 290-295).

Rozvoj bývá na podkladě různých příčin, které vedou k ohrožení nutričního stavu plodu. Může se jednat o problém mezi nabídkou kyslíku, živin mezi matkou a plodem, problém může být na straně fetoplacentární jednotky nebo se restrikce objeví při rozvoji adaptačních mechanismů plodu. Porucha raného vývoje placenty vede ke změnám cirkula-

ce v uteroplacentární jednotce, zvyšuje se výměna látek, dojde ke změnám fetální cirkulace a k rozvoji růstové restrikce (Procházka a kol., 2020, s. 267).

Diagnostika je vcelku složitá, ale hlavním diagnostickým ukazatelem je ultrazvuková biometrie a flowmetrie, kde se hodnotí celkové proporce plodu a průtoky určitými cévami. Důležitou roli hraje anamnéza ženy. Vyšší riziko FGR se objevuje u žen, které mají nižší sociální úroveň, během těhotenství došlo k váhovému úbytku nebo se jedná o vícečetnou graviditu. Kromě ultrazvuku je dalším ukazatelem růstové restrikce nižší výška fundu v období od 18. do 30. týdne gravidity a menší vzdálenost mezi fundem dělohy a symfýzou (Zmrhalová, 2012, s. 290-295).

Léčba není známá, nejúčinnější je vyhledávání rizikových žen a léčba primárních onemocnění, které mohou vést k růstové restrikci plodu, poučení žen o důležitosti vyvážené stravy a neuzívání návykových látek (Zmrhalová, 2012, s. 290-295).

Ukončení takového těhotenství závisí na závažnosti restrikce, na gestačním stáří plodu a současném stavu plodu. Pokud se jedná o časnou restrikci, většinou se těhotenství doporučuje ukončit císařským řezem, naopak u restrikcích pozdních je doporučováno indukovat porod po 37. týdnu gravidity (Procházka a kol., 2020, s. 270).

3 POROD VÍCERČAT

3.1 Vedení vaginálního porodu

Rozhodování o možnosti, způsobu a termínu porodu závisí na více faktorech; od zdravotního stavu a rozhodnutí rodičky až po odborné názory lékařů. Plánovaný vaginální porod dvojčat je spojen až se 40 % rizikem akutního císařského řezu. Pokud dojde ke spontánnímu porodu prvního dvojčete, stále je zde riziko akutního císařského řezu pro druhé dvojče, a to až v 7 % případů (Hofmeyr, Barrett, Crowther, 2015, s. 8).

Dvojčata, u kterých hrozí předčasný porod do 32+6, musí být porozena v perinatologickém centru s intenzivní péčí pro novorozence. Předčasný porod v rozmezí 33+0–36+6 se rodí v perinatologickém centru s intermediární péčí a dvojčata od 37+0 a starší se rodí na standartním porodním sále (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). Vedení a načasování porodu se liší u jednotlivých typů vícерčat. U gemin bichoriálních biamniálních dojde k ukončení těhotenství do 38+6. Porod vaginální cestou je možný, pokud to umožňují polohy obou plodů a žena nemá žádné operace na děloze. Dále se hodnotí anamnéza, průběh těhotenství a situace během porodu, kdy by se vše mělo hodnotit jako fyziologické (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25).

Monochoriální biamniální dvojčata se rodí standartně od 34+0 do 36+6. Porod může být *vias naturales* a to při splnění těchto podmínek; oba plody jsou v poloze podélné hlavičkou, porodní cesty jsou připravené na porod, oba plody mají více než 1500 g, průběh těhotenství a veškerý monitoring je fyziologický, žena nemá v anamnéze operaci na děloze a souhlasí s porodem vaginální cestou. Žena musí být seznámena i s 10 % rizikem twin-to-twin transfusion syndromu během porodu (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). Monochoriální monoamniální se rodí vždy císařským řezem. Trojčata se rodí do 35+6 císařským řezem v perinatologickém centru intenzivní péče. Také čtyřčata a případně i více plodů se rodí císařským řezem v perinatologickém centru s intenzivní péčí (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). U vaginálního porodu je několik doporučení, kterými by se porodnice měla řídit. Dvojčata musí být kontinuálně monitorována, nesmí dojít k protrahovanému porodu, ale naopak zabránujeme překotnému porodu. Je doporučena epidurální analgezie, po porodu prvního dvojčete musí dojít ke stlačení děložních hran, aby nedošlo k otočení plodu v děloze do jiné polohy než podélné hlavičkou. Pokud toto nastane, musí dojít buď k obratu vnitřními hmaty, anebo se přistupuje k císařskému řezu. Interval mezi porodem

plodů by neměl přesáhnout 60 minut s tím, že plod v děloze musí být kontinuálně monitorován (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25).

3.2 Operativní porod

3.2.1 Císařský řez

Jedná se o porodnickou operaci, při níž jsou plod a placenta vyjmuty z těla matky incizí v přední břišní a děložní stěně (Procházka a kol., 2020, s. 511). Pravděpodobnost ukončení těhotenství císařským řezem je u gemin v České republice až 80 %, u trigemin je šance téměř 100 % (Studnicková, Vojtěch, Velebil, 2016, s. 375-380).

Vedení porodu císařským řezem dominuje u gemin monochoriálně biamniálních, je zde ale možnost při splnění veškerých podmínek родit vaginálně, viz 3.1. U gemin monochoriálně monoamniálních se rodí vždy císařským řezem (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). Monochoriální biamniální dvojčata se rodí v období mezi 34+0-36+6 císařským řezem za podmínky, že jsou nezralé porodní cesty, jeden z plodů je v nežádoucí poloze, váhový odhad jednoho z dvojčat je menší než 1500 g a pokud je mezi dvojčaty velký váhový rozdíl (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). Dvojčata monochoriální monoamniální se ukončují císařským řezem vždy, a to v rozmezí 32+0-34+6 (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25).

Mezi obecné indikace k ukončení vícečetného těhotenství císařským řezem u všech typů dvojčat patří kolizní poloha obou plodů, jedno z dvojčat je v nežádoucí poloze (např. příčná poloha), anebo pokud už je žena po císařském řezu, případně má v anamnéze operaci na děloze (Roztočil, Hájek, 2013, s. 24-25). Další indikací k císařskému řezu patří akutní ohrožení plodu – hrozící nebo začínající hypoxie, výhřez pupečníku, krvácení před nebo během porodu, porucha děložní činnosti a další (Procházka a kol., 2020, s. 511-512).

Příprava rodičky závisí na akutnosti provedení daného zákroku. U plánovaného císařského řezu dochází k zhodnocení stavu praktickým lékařem, který své závěry vyhodnotí v předoperačním vyšetření, v případě přidružených onemocnění ženy je stav konzultován se specialistou. Rodička je přijata den před výkonem, obvykle se podává profylaktická dávka nízkomolekulárního heparinu a dojde k oholení operačního pole. Velice důležitou součástí celého procesu je psychologická příprava, která spočívá ve vysvětlení celého postupu, možnostech anestezie, kontaktu novorozence s rodičkou a případně s dalším rodinným příslušníkem. Těsně před samotnou operací dojde k zavedení permanentního močového katétru do močového měchýře a dojde ke kontrole plodu CTG monitorací (cardioto-

kografie). Rodička má zavedenou kanylu a jsou jí profylakticky podávána antibiotika. Při akutním císařském řezu jsou provedeny jen ty nejnnutnější intervence, aby doba mezi zjištěnou komplikací a samotným zákrokem byla co nejkratší (Procházka a kol., 2020, s. 512).

Samotná operace je prováděna buď v místní anestezii, to především při plánovaném císařském řezu. V tomto případě je výhodou, že žena je při vědomí, může ihned komunikovat s partnerem a personálem a kontakt s dítětem není omezen tolik, jako když je žena po celkové anestezii, anebo je výkon proveden v anestezii celkové. Při výkonu je žena na zádech, je volena poloha s mírným náklonem na levý bok, kde dojde k menšímu tlaku na dolní dutou žílu. Kožní řez je většinou veden příčně přibližně 2-3 cm nad sponou stydkou, operatér vloží dlaň do dělohy a jemně nadzvedává hlavičku plodu s asistencí druhého operátéra, který vyvíjí mírný tlak na děložní fundus. Po porodu plodu dochází standartně k podání uterotonik a k manuálnímu vyjmutí placenty, na zvyklosti pracoviště může dojít k revizi dělohy v rámci prevence zadržení částí placenty nebo blan v děloze. Poté dochází k sešití všech vrstev vstřebatelnými stehy (Procházka a kol., 2020, s. 513-514).

Po výkonu je žena hospitalizovaná na pooperačním pokoji, případně JIP (jednotka intenzivní péče). Dochází ke standartní monitoraci fyziologických funkcí v pravidelných intervalech, kontroluje se také krvácení, celkový stav ženy, subjektivní pociťování bolesti a výška děložního fundu. V následujících dnech dojde k časné vertikalizaci, pokračuje se v prevenci tromboembolické nemoci v podobě bandáží dolních končetin a aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Dále se kontroluje krevní obraz a spontánní močení po vyndání permanentního močového katétru. Žena je poučena o důležitosti hygienických opatření, jak v rámci operační rány, tak v rámci manipulace s novorozencem. Pokud je poporodní průběh bez komplikací, žena je propuštěna do domácího ošetření 4.-7. den po výkonu (Procházka a kol., 2020, s. 515).

3.2.2 Porod kleštěmi

Klešťový porod je vybavení hlavy plodu pomocí porodnických kleští při jejím fixování v malé pánvi. Používá se jako nástroj první volby při hlubokém příčném stavu, kdy musí dojít k dorotování hlavy, což lze dosáhnout jedině kleštěmi. Další indikací k jejich využití jsou ze strany matky sekundárně slabé kontrakce, které nereagují na oxytocin, příliš dlouhá druhá doba porodní, akutní stav vyžadující okamžité řešení (krvácení, ztráta vědomí). Ze strany plodu je to nejčastěji akutní nebo hrozící hypoxie. Použití je pouze za podmínek, že se jedná o naléhání hlavičkou, došlo k protržení vaku blan, je prázdný močový

měchýř, nejsou patrné známky kefalopelvického nepoměru, plod je živý a známe pozici hlavičky. Žena je v gynekologické poloze a mezi hlavičku plodu a stěnu pochvy zavádíme nejprve levou a poté pravou část kleští, kleště se uzamknou, vyvolá se kontrakce pomocí léků a provede se tah ve směru osy porodních cest. Po porodu hlavičky dochází k porodu ramének standartním způsobem (Procházka a kol., 2020, s. 519-520).

Obecné obavy žen z poškození plodu bývají ve většině případů způsobeny probíhající komplikací v děloze (např. hypoxie plodu) než samotným operačním vaginálním porodem (Šimetka, 2016, s. 94).

3.2.3 Porod vakuumextrací

Další nástroj, který pomáhá vybavit hlavičku je vakuumextraktor. Jeho použití je téměř ve stejných situacích jako kleště, ale jeho mechanismus umožňuje pouze tah a nemůže tedy dojít k rotaci hlavičky plodu. Principem je vytvoření podtlaku na hlavičce plodu. Vakuumextraktor má několik částí – pelota neboli klobouček, která se dává na hlavičku plodu, další částí je přístroj na vytvoření podtlaku, ruční a elektrická pumpa a systém hadiček, které spojují přístroj vytvářející podtlak a pelotu. Výkon je prováděn v gynekologické poloze s prázdným močovým měchýřem. Pelota je nasazena na vedoucí bod hlavičky plodu, mimo fontanelu, ale přes šípový šev. Po kontrole, zda se mezi pelotu a hlavičku nedostala poševní stěna, se vytvoří podtlak a při kontrakci se provede tah ve směru osy porodních cest, kterou je nutné následovat, jinak může dojít k tažení hlavy proti stydké sponě a poranění plodu i matky. Po porodu hlavičky se zruší podtlak, je sejmuta pelota a porod ramének a těla je proveden standartním mechanismem (Procházka a kol., 2020, s. 517-519).

3.3 Předčasný porod

Partus praematurus je lékařský termín pro předčasný porod a jedná se o porod před dokončeným 37. týdnem (méně než 37+0), mluvíme o něm, pokud dojde k pravidelným děložním kontrakcím, díky nimž jsou patrné změny na děložním čípku (Procházka a kol., 2020, s. 459).

Předčasný porod je brán jako největší riziko pro vícečetné těhotenství. Až 60 % vícečet se rodí před 37. týdnem těhotenství. Někdy může být předčasný porod zpožděn o několik dní až týdnů, pokud je zjištěn včas. Každý získaný den poskytuje cenný růst a vývoj plodu. Jakmile je žena v pokročilém stádiu porodu, porod nelze zastavit, ale ve vzác-

ných případech může být porod druhého dvojčete zpožděn, což umožňuje pokračující růst v ochranném prostředí dělohy (Lazarov S., Lazarov L., Lazarov N., 2016, s. 108).

Příčina je u vícečetného těhotenství nejspíše multifaktoriální, ale zůstává do velké míry neznámá. Nejčastěji k nim dochází díky různým patologickým mechanismům, a to například intrauterinní infekce, insuficience děložního hrdla, genetické faktory, stres, hormonální poruchy a u vícčetat tomu přispívá i nadměrné roztažení dělohy, a tedy větší prokrvení svalstva (Murray, Stock, Cowan, 2018, s. 58)

Předčasný porod se dělí na iatrogenní a spontánní. Častější u dvojčat je iatrogenní předčasný porod, který je spojen s intervencí lékaře, nejčastěji v souvislosti s vyvoláním porodu či císařským řezem. Spontánní předčasný porod je častější, dochází k němu až v 80 % všech případů předčasného porodu, můžeme ho rozdělit na dva stupně. První je definován jako spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan. Projevuje se pravidelnou kontrakční činností, která vede ke změnám na děložním hrdle. Druhý stupeň je opakem prvního a dochází k předčasnému odtoku plodové vody před nástupem kontrakční činnosti (PPROM) (Procházka a kol., 2020, s. 460).

Identifikací rizikových faktorů dochází k predikci spontánního předčasného porodu. Mezi nejhlavnější rizikové faktory řadíme zejména předchozí předčasný porod v anamnéze těhotné nebo pozdní potrat ve II. trimestru, kratší interval než 12 měsíců mezi porody a zjištění zkrácení děložního hrdla před 30. týdnem gravidity transvaginálním ultrazvukem (Marková, Chvílová Weberová a kol., 2020, s. 17)

Podání progesteronu nebo provedení cerkláže je účinnou prevencí předčasného porodu. Progesteron působí tak, že zpomaluje kontraktilitu děložního svalu, užívají ho zejména těhotné, které nepociťují žádné subjektivní příznaky, ale mají zkrácené hrdlo děložní (Procházka a kol., 2020, s. 460). Cerkláž je operace, která má zamezit progresu otevírání děložního hrdla. Jedná se o steh nebo pásku, která je všita do úrovně vnitřní branky (Binder, 2014, s. 265). Jeho provedení může být provedeno na základě anamnézy, kde má žena tři a více předčasných porodů nebo potratů, dále na základě zjištění krátkého hrdla. Může se také jednat o záchrannou cerkláž, kdy je hrdlo dilatováno tak, že se vak blan prolabuje do pochvy, avšak pokud je dilatace hrdla větší jak 4 cm a vak blan zasahuje před zevní branku, je zde vysoké riziko selhání této metody. Tato operace oddaluje předčasný porod až o 5 týdnů. Odstranění cerkláže je obvykle plánováno mezi 36. a 37. týdnem gravidity. U plánovaného císařského řezu dochází k jeho odstranění až v den operace. Těhotné

s předčasným odtokem plodové vody nebo při nástupu kontrakční činnosti se steh odstraňuje ihned, aby se eliminovalo poranění hrdla (Procházka a kol., 2020, s. 461, 462).

Hospitalizace je u žen s hrozícím předčasným porodem nutná a v případě, že porod již započal, musí být žena transportována do perinatologického nebo intermediárního centra, kde mají adekvátní personál a vybavení na řešení takovéto situace (Procházka a kol., 2020, s. 462). Mezi léčbu řadíme podání tokolýzy, která zmírňuje či úplně zastavuje kontrakční činnost dělohy. Primárním cílem je krátkodobě oddálit porod o 2 až 7 dní, a to z důvodu získání času na transport do specializovaného centra a na podání kortikosteroidů kvůli indukci plicní zralosti plodu (Kacerovský, Kokrdová, Koucký, 2017, s. 162). Pacientky s odteklou plodovou vodou před termínem porodu mohou být léčeny aktivním nebo konzervativním přístupem. Konzervativní volíme před 34+0 pouze za předpokladu, že nejsou přítomny známky intraamniální infekce, hypoxie nebo krvácení. Při předčasném porodu se zachovalým vakem blan, kde je porod už neodvratitelný a pokud je výsledek GBS neznámý nebo pozitivní, zahajuje se léčba antibiotiky. Pokud voda plodová odtekla, tak se antibiotická léčba podává při konzervativním postupu léčby 7- 10 dní. Porod v týdnu 22+0 – 24+0 je označován jako tzv. šedá zóna a je na domluvě mezi rodiči, porodníkem a neonatologem, jak se bude dále postupovat (Procházka a kol., 2020, s. 464-465).

3.3.1 Předčasně narozený novorozenec

„Je novorozenec narozený před ukončeným 37. týdnem gravidity.“ (Procházka a kol., 2020, s. 693). Novorozenci, kteří se rodí před 25. týdnem gravidity mají až 50 % úmrtnost a děti, které přežijí mají vysoké riziko trvalých následků. V čím pozdějším gestačním týdnem se novorozenec narodí, tím více se snižuje úmrtnost a šance trvalých následků (Procházka a kol., 2020, s. 693).

Podle hmotnosti dělíme novorozence na; novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností, kde je váha novorozence pod 1000 g a podskupinou je neuvěřitelně nízká porodní hmotnost, která je váha pod 750 g, dále je to novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností, která je definována pod 1500 g a poslední skupinou jsou novorozenci s nízkou porodní hmotností, a to je váha 2500 g a nižší (Marková, Chvilová Weberová a kol, 2020, s. 13). Dále je v rámci předčasného narození dítěte důležité, v jakém týdnu těhotenství se narodí. I zde rozlišujeme několik skupin, a to extrémně nezralý novorozenec, který se rodí pod 28. týdnem těhotenství, dále je skupina těžce nezralých novorozenců narozená v gestačním týdnu 28. – 31., dále novorozenec středně nezralý, který je narozen mezi 32. až 33.

týdnem a poslední skupinou jsou novorozenci lehce nezralí, kteří se rodí mezi 34. a 36. týdnem (Marková, Chvílová Weberová a kol., 2020, s. 34).

Komplikace sdružené s předčasným narozením mohou být časné, anebo dlouhodobé. Nejvýznamnější časnou komplikací je podchlazení novorozence, který má velký povrch těla a velice malou schopnost vytvářet teplo. Aby se u těžce nezralých novorozenců ztrátám tepla předcházelo, tak jsou okamžitě po porodu bez otření vloženi do igelitové folie, která ztrátám zabrání. Přeprava novorozence z porodního sálu probíhá ve vyhříváném inkubátoru a probíhá v něm i následná péče. Zásadním parametrem je zralost plic, kterou určuje přítomnost surfaktantu v plicních sklípcích. Jeho přítomnost je zásadní pro životaschopnost novorozence. Při nedostatku dochází k syndromu dechové tísně a při nutnosti umělé plicní ventilace může dojít k vážnému poškození plic. Dalším nezralým systémem je trávicí trakt, kde může docházet ke špatnému prospívání a problémům s tolerancí stravy, v rámci tohoto problému je riziko nekrózy střeva neboli tzv. nekrotizující enterokolitidě. Přidružené komplikace související s nezralým tělním systémem souvisí vysoká nebo nízká hladina cukru v krvi, nedostatek červených krvinek a novorozenecká žloutenka (Procházka a kol. 2020, s. 495-496).

Retinopatie nedonošených je dána nezralostí sítnice, může zapříčinit její poškození a v horších případech i závažné postižení zraku. Nejzávažnější komplikací bývá postižení centrální nervové soustavy, kde může dojít ke krvácení do mozkových komor nebo k jinému závažnému poškození mozku, které v pozdějším věku mohou vést k závažnému opožděnému psychomotorickému vývoji či dětské mozkové obrně (Marková, Chvílová Weberová a kol., 2020, s. 38).

U dlouhodobých komplikací jsou zařazeny dlouhodobé zdravotní obtíže, může se jednat o výskyt epilepsie, poruchy růstu, onemocnění plic, dětskou mozkovou obrnu (Procházka a kol., 2020, s. 696). Se zdokonalující se péčí o předčasně narozené novorozence dochází k úbytku nejzávažnějších hendikepů, objevuje se zvýšený výskyt středně a mírně závažných postižení, především psychologických; horší školní výsledky, horší vývojové skóre, poruchy pozornosti a poruchy autistického spektra (Marková Chvílová Weberová a spol., 2020, s. 40).

4 PSYCHOLOGIE VÍCEČETNÉ GRAVIDITY

Těhotenství není považováno za nemoc, ale jiný stav, během kterého se mění životní role ženy a vzniká přirozená vývojová krize (Ratislavová, 2008, s. 48). Uspokojování potřeb žen v těhotenství, v období porodu i po něm je jednou z hlavních úloh porodní asistentky. Je proto důležité, aby si všímala individuálních potřeb každé ženy a ty se snažila ve všech směrech uspokojit. Porodní asistentka nahlíží na ženu jako na holisticky zaměřenou bytost se všemi jejími potřebami; tělesnými, psychickými, sociálními i spirituálními (Dušová, 2019, s. 20).

Klíčovým bodem v péči o těhotnou je správná komunikace, a tím pádem dobré navázání vztahu a důvěry mezi ženou a zdravotníkem. Správná komunikace dokáže minimalizovat úzkost, strach a zlepšit celkové prožívání. Celkové vnímání péče je dáno tím, jak je zdravotník schopen předat důležité informace a také tím, jak se k ženě chová v okamžiku, kdy to žena nejvíce potřebuje (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, s. 17).

K vytvoření přátelského a pozitivně naladěného vztahu s porodní asistentkou je stěžejní získání důvěry a vytvoření příjemného klimatu. Pokud, v ideálním případě, k navázání takového vztahu dojde, je velice vhodné, aby se porodní asistentka starala o ženu nejen v těhotenství a v období porodu, ale i v období šestinedělí (Ratislavová, 2008, s. 48).

U sdělování závažné diagnózy se volí přítomnost a naslouchání ženám. Důležitou součástí je dát ženě dostatek prostoru pro projev emocí. V poporodním období je pro spoustu žen také důležité si s někým promluvit o průběhu porodu. Přináší to velkou úlevu, snižuje napětí a dává to ženě možnost si utřídit myšlenky a vzpomínky (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, s. 29). Na sdělení závažné diagnózy je důležité mít vyhrazeno dostatek času a být v intimním prostředí. Ideální je přítomnost blízké osoby rodičky. Sdělení by mělo být dojít stručné a jasné. Žena by neměla být zatěžována zbytečnými podrobnostmi (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, s. 29).

Psychika je u žen výrazně ovlivněna změnami reprodukčního cyklu, ke kterým neodmyslitelně patří těhotenství a poporodní období. Počátek duševních chorob, které propuknou po porodu, může být situován již v těhotenství. Gravidita a šestinedělí spolu v souvislosti s psychikou ženy velice úzce souvisí (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, s. 75).

Velkou oporou pro těhotnou ženu je její partner. V těhotenství obvykle dochází k velké proměně partnerského vztahu. Ženská role je v tomto období více založena na pocitu uznání, ocenění a snadno nastává pocit strachu a ublížení. Je normální, že vztah s partnerem si v období těhotenství prochází velkou zkouškou, a i partneři pocítují strach, nejistotu a jsou plni pochybností. Porodní asistentka je významnou průvodkyní tímto důležitým a náročným životním obdobím partnerů. Další důležitou oporu v těhotenství hraje také rodina. I v širším okruhu rodiny dochází k proměnám životních rolí a jedna z nejdůležitějších rolí je role matky rodičky. Vztah mezi nimi velice ovlivňuje prožívání těhotenství i porodu samotného (Ratislavová, 2008, s. 46-47).

Pokud dojde k neočekávané situaci, jakou může být například předčasný porod, nemusí se dostavit odpovídající emoce. Veškeré důsledky ve formě obav a strachů mohou na ženu dolehnout až v poporodním období. Často dochází k odebrání časného kontaktu mezi matkou a dítětem. Žena, která nebyla ještě plně připravena na roli matky může pociťovat své selhání z neschopnosti donosit své dítě. Zažívá strach, vyčítá si, že se o dítě nemůže postarat a nemůže ho ochránit před ohrožením a bolestí. U žen se projevují pocity nejistoty, bezmoci a deprese (Ratislavová, 2008, s.74).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství bereme jako náročnou životní situaci. Mění se u ženy i její rodiny mnoho věcí, od fyzických, přes psychické až po sociální. Většina žen už v období těhotenství pociťuje přirozený strach o své nenarozené dítě. U vícečetné gravidity je tento strach ještě více umocněn hrozícími komplikacemi, které jsou s vícečetnou graviditou spojeny.

Při zjištění komplikací se u ženy i u její rodiny prolíná mnoho emocí, je proto důležité umět komunikovat, vysvětlovat ženě veškeré další postupy a všimnout si nejen její fyzické stránky, ale dbát i na její psychiku.

Komplikací, které se u vícečetné gravidity objevují, je mnoho a role porodní asistentky může hrát při celém procesu významnou roli, neboť tráví se ženami mnoho času, mají v rukách péči o jejich křehkou psychiku a ideálně je pomáhají provázet celým procesem v takto náročnou životní situaci.

V praktické části mé bakalářské práce se zaměřuji na zkušenosti vybraných žen s péčí, která jim byla poskytnuta při komplikacích. Cílem je také zjistit, jaké bylo předávání informací a jaký vliv mělo chování zdravotníků na péči při komplikacích vícečetné gravidity i v průběhu porodu. Hlavním cílem výzkumu je zjistit zkušenosti participantek s péčí zdravotníků při komplikacích a analyzovat jejich informovanost z hlediska poskytnuté péče při propuknutí komplikací vícečetného těhotenství.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit zkušenosti participantek s péčí zdravotníků při komplikacích a analyzovat jejich informovanost z hlediska poskytnuté péče při propuknutí komplikací vícečetného těhotenství.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

1. Zjistit a analyzovat pocity participantek při zjištění komplikací.
2. Zmapovat, zda personál poskytl dostatečné informace při komplikacích.
3. Analyzovat poskytovanou péči po propuknutí komplikací.
4. Zjistit, zda participantkám byla poskytnuta psychologická pomoc v náročné situaci.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jak participantky prožívaly těhotenství?
2. Jaké prožívání měly participantky při porodu vícčetat?
3. Jaké pocity participantky prožívaly během zjištění komplikací?
4. Byla informovanost participantek o komplikacích dostatečná?
5. Jak se k participantkám zachoval personál při zjištění komplikací?
6. Byla participantkám poskytnuta psychologická podpora?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantek byl pro můj kvalitativní výzkum záměrný. Kritérium výběru byly ženy, které čekaly vícčata a u kterých v těhotenství nebo při porodu došlo ke komplikaci. Dalším kritériem byla ochota podělit se o jejich příběh. Při výběru nebyl brán ohled na sociodemografické podmínky, vzdělání, či paritu. Po sdílení mé prosby o rozhovor na Facebookové stránce, která se zaměřuje na vícečetnou graviditu, se mi ozvaly obě participantky. Obě participantky byly předem informovány o anonymitě daného rozhovoru a podepsaly informovaný souhlas.

Hlavní cíl mé bakalářské práce bylo zjistit zkušenost se zdravotní péčí a analyzovat informovanost participantek při propuknutí komplikací. Zvolila jsem kvalitativní výzkum, při kterém byly použity polostrukturované rozhovory.

8 METODIKA PRÁCE

Pro mou bakalářskou práci jsem použila kvalitativní výzkum.

Cílem bylo hloubkově se zaměřit na zkušenosti participantek, na to, jak vnímaly jednotlivé situace, od zjištění vícečetné gravidity, přes sdělení rodině až po propuknutí komplikací. Dochází k získání důkladného popisu, jedná se o sběr subjektivních pocitů daného jedince. Výzkumník získává propojený pohled na problematiku konkrétního subjektu (Hendl, 2005, s. 52).

Polostrukturovaný rozhovor byl využit k lepšímu zmapování problému, témata otázek byla zvolena předem. Následně jsem se doptávala na důležité informace plynoucí z rozhovoru.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Vzhledem k epidemiologické situaci byly po domluvě s oběma participantkami provedeny rozhovory online přes aplikaci Zoom. Délka každého rozhovoru byla okolo 45 minut. Polostrukturovaný rozhovor byl nahráván na diktafon a skládal se z předem připravených témat. Výzkum probíhal od října roku 2021 do března roku 2022.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Výsledky byly zpracovány přepisem do MS Word a následně kategorizovány. Byly použity kategorie z připravené tabulky k rozhovoru, která je vložena v bakalářské práci. Kategorie se zabývaly těhotenstvím, porodem, zjištěním komplikací, prožitky při zjištění komplikací, informovaností, chováním personálu a psychologickou podporou.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

11.1 Rozhovor s participantkou A

Participantce A bylo v době vícečetné gravidity 27 let a byla po třetí těhotná. První těhotenství bylo v roce 2010 a skončilo porodem mrtvého plodu ve 28. týdnu těhotenství, příčinou byla insuficience placenty. Druhé těhotenství bylo v roce 2012, narodilo se děvče císařským řezem kvůli poloze koncem pánevním. Participantka A má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou a s ničím závažným se neléčí. Žije s manželem, starší dcerou a dvojčaty v rodinném domě. Plánovaný termín porodu byl 25.10. a akutní císařský řez proběhl 19.7. Participantce A byl vysvětleno téma bakalářské práce a téma našeho rozhovoru, seznámila jsem jí s anonymitou celého procesu a na základě toho byl podepsán informovaný souhlas.

Těhotenství

Participantky A jsem se zeptala, kdy došlo k zjištění těhotenství a jestli jí bylo ihned sděleno, že čeká dvojčata. Nejdříve došlo k potvrzení, že je participantka A těhotná. K zjištění, že se jedná o vícečetnou graviditu došlo později a bylo to pro všechny **velké překvapení**. *„Těhotenství mi zjistili celkem brzo, asi v šestém týdnu, ale ona ještě není vidět nebo slyšet ta srdeční ozva, takže potom, myslím v devátém týdnu, mi potvrdily, že tam jsou dvojčata.“* Participantka A měla nejdřív za to, že se jedná o potrat, a proto nejdříve nemohla uvěřit tomu, že čeká dvojčata. *„Původně jsem si myslela, že si paní doktorka dělá srandu, protože byla hrozně vážná, tak jsem si říkala, že to asi bude zamklé těhotenství a na jednu říká, že jsou tam dvě a já jí jen řekla, že si dělá prdel, tak jsem se ještě ptala, jestli to náhodou není ultrazvuk maminky, co byla přede mnou, že to přece není možné, že jsou tam dvě... A byly.“* V rodině participantky A se neobjevovala dvojčata, proto bylo její okolí hodně v šoku, když jim oznámila, že čeká dvojčata, partner měl podobnou reakci jako ona sama. *„Partner si původně myslel, že si dělám srandu.“* Po potvrzení, že se vážně jedná o vícečetnou graviditu **přišel na řadu šok**. *„Až když jsme šli na kontrolu a tam mu skutečně potvrdily, že jsou tam dvě, tak byl úplně v šoku.“* Návštěvy gynekologa byly v prvních týdnech těhotenství jednou za čtyři týdny, od cca 15. týdne se interval snížil na 3 týdny. V poradně u obvodního gynekologa **nedošlo k edukaci ženy o rizicích porodní asistentkou**. Speciální primotrimestrální screening byl u participantky A proveden a výsledky byly fyziologické. *„Do 25. týdne jsme byli úplně ukázkoví, miminka pěkně rostla, hlavně sou-*

měrně a všechno bylo v pořádku.“ Speciální screening na zjištění časné preeklampsie proveden nebyl, ani specializované genetické vyšetření participantce A nabídnuto nebylo. Participantka A se v těhotenství cítila dobře, pociťovala zvýšenou únavu, ale to přikládala tomu, že se v té době starala o starší dceru. **Objevoval se i strach, vzhledem k tomu, jak dopadlo první těhotenství,** ale negativní myšlenky zaháněla dcera, která participantku A v těhotenství zaměstnávala.

Příprava na porod

Na otázku, zda se participantka A nějakým způsobem připravovala na porod, mi odpověděla, že se na **porod moc připravit nestihla.** *„Vše se stalo docela rychle a předčasně, že jsem nad porodem nestihla moc přemýšlet.“*

Zjištění komplikací

Další dotazy směřovaly ke zjištění komplikací, kdy participantka A zjistila, že je něco v nepořádku. Hlavní komplikací byla v tomto případě preeklampsie. *„Na preeklampsii mi přišly ve 25. týdnu těhotenství, do té doby bylo všechno ukázkové.“* U ženy se prvně preeklampsie projevovala pouze vysokým krevním tlakem a obvodní gynekoložka ženu uklidňovala tím, že se bude průběh těhotenství více hlídat. Participantka A se měla dostavit na kontrolu za týden s tím, že vysoký tlak může být jen výkyv z počasí, a proto nebyla nastavena žádná preventivní léčba. Po jedné návštěvě se u participantky A projevil první příznak, a to ji **hodně vyděsilo a bála se, aby nedošlo k ohrožení jí samotné nebo i obou dvojčat.** *„V pátek ráno mi zčernaly nohy, ale jako totálně žily jsem měla úplně černý, a tak jsme jeli k doktorce a ta nás poslala do nemocnice.“* Dalším projevem byly otoky, které ale participantku A zpočátku nepřekvapily, měla s nimi zkušenost z předchozího těhotenství, začaly se ale zhoršovat. *„Potom mi během týdne natekly nohy až tak, že jsem se nevešla partnerovi do bot, to už mi přišlo divný.“* Moje další otázky směřovali na to, jestli měla participantka A i jiné příznaky. *„Já žádné příznaky neměla, jen mě hrozně vyděsily ty černý nohy, nevěděla jsem, co se jako může dí, takže jsem radši jela k doktorce.“*

Prožitky při zjištění komplikací

Zajímaly mě bezprostřední emoce po zjištění, když se objevila komplikace. V první chvíli přišla na řadu **obrovská vlna strachu, jak o sebe, tak hlavně o dvojčata, ještě vzhledem k porodnické anamnéze participantky A,** kdy první těhotenství skončilo porodem mrtvého plodu v podobném týdnu těhotenství. K zjištění, že se preeklampsie zhorši-

la natolik, že musí dojít k okamžitému operačnímu porodu, došlo velice rychle, proto **participantka A neměla moc čas s touto informací pracovat a na celý porod se připravit.** „Přišel lékař, že ještě uděláme nějaký ultrazvuk a zase zkontrolují tu moč a podle výsledků, že se uvidí, a pak jsem byla na ultrazvuku a tam mi vlastně řekli, že do hodiny by měly být venku, že se preeklampsie hodně zhoršila a ohrožovala miminka.“

Nedošlo k žádným příznakům začínajícího porodu, byla podána pouze jedna dávka kortikoidů na dozrání plic, proto **první myšlenky ženy směřovaly k tomu, že porod nechtěla.** „Já jsem neměla vyvolávání, žádné kontrakce, odteklou plodovou vodu, nic. Já jsem samozřejmě nechtěla, protože mi dali první dávku kortikoidů, která podle mě nemohla stihnout zabrat.“ Prvotní myšlenkou byl **veliký strach, vše se událo poměrně rychle, a to v participantce A vyvolalo nepříjemné pocity. Neměla moc možností doptávat se,** aby došlo i k uklidnění, od **lékařů byla sdělena pouze nejnnutnější informace** o jejím stavu. „Bála jsem se, protože se najednou všechno dělo moc rychle a nikdo mi vlastně úplně nedal moc času na to jako, abych mohla vlastně vstřebat, co se děje, a pořádně se rozhodnout.“ Došlo k vysvětlení, že se stav natolik zhoršil, že je ohrožena nejen participantka A, ale i dvojčata. Proto i přes velký strach nakonec žena souhlasila s postupem lékařů a došlo k porodu císařským řezem. „Prostě mi vysvětlili, že vlastně ne už jenom já, ale že už i mimina jsou na tom špatně a že vlastně pokud chci dát miminu – jako synovi – protože ten se bohužel potom s tou preeklampsií narodil, takže pokud mu chci dát jako nějakou šanci na život, tak že musíme akutně porodit, protože jinak bych vlastně asi jako porod nechtěla.“

Dále jsme probíraly to, jak bylo sděleno rodině, že je vše náhle jinak a musí dojít k okamžitému porodu. Manžel se doma staral o jejich společnou starší dceru. „Jinak asi manžel neměl úplně čas se stresovat, protože se musel starat o starší v době kdy jsem byla v nemocnici.“

Ke sdělení došlo od lékaře a manželovi bylo sděleno, že se komplikace horší a musí tedy dojít k císařskému řezu. „Já si myslím, že pro manžela bylo potom až stresující hlavně to, kdy mu řekli, že by měl přijet a že ta preeklampsie postupuje takovým způsobem, že bych jim mohla zůstat na stole, tak si myslím, že pro něj to bylo hodně stresující.“

Informovanost

Participantka A uvedla, že v první nemocnici, do které nastoupila, **necítila, že by se jí personál dostatečně věnoval a spíše jí přišlo, že se jí vyhýbal.** Proto ani předání in-

formací nebere jako dostatečné. „Když jsem nastupovala do menší okresní nemocnice, já jsem tam byla asi 2 hodiny, než mě převezli jinam, ale tam se ke mně vyložene, ne že by se chovali jako špatně nebo něco, ale přišlo mi, jak kdybych byla prostě nějak nakažlivá, všichni se mi tam tak jako obloukem vyhýbali.“ Poté byla kvůli obavám z předčasného porodu umocněným nedostatečným vybavením místní nemocnice převezena do fakultní nemocnice, kde zůstala až do porodu. „Nakonec mi vlastně doktorka řekla, že mě musí převzt jinam, protože kdyby se dvojčata narodila předčasně, tak oni na to nejsou vybaveni, ale pak mě převezli do fakultní nemocnice, kde mi odebrali krev, dělali ultrazvuky a srdeční ozvy a řekli, že tam budu vlastně ležet až do porodu, no. A ten vlastně byl hned druhý den.“

Ohledně srozumitelnosti podávaných informací se participantka A vyjádřila tak, že u **obvodní gynekoložky se jí oproti menší okresní nemocnici dostalo dostatek informací** ohledně vícečetného těhotenství a rizik s ním spojených včetně rizika předčasného porodu. „No, měla jsem pocit, že u obvodní gynekoložky byla srozumitelnost dobrá, že vlastně ona mi řekla, že u vícerodiček, nebo u vícečetného těhotenství, že bohužel ta zátěž na to tělo je větší a tím pádem to riziko té preeklampsie a takových, jakoby vyššího tlaku, tam prostě je.“ Obvodní gynekoložka participantce A sdělila, že je větší pravděpodobnost předčasného porodu, ale zároveň ji uklidňovala, že vše se kontroluje a veškerá rizika se zachytila včas. „Právě mi říkala, že je fajn, že jsme to zachytili hned v počátku, takže je větší pravděpodobnost, že mimina půjdou ven jakoby dřív, ale že vlastně je dost pravděpodobné, že vydržíme delší dobu, když jsme to právě podchytili tak na začátku, a pak to šlo ráz na ráz a dvojčaty šly ven.“ **Participantce A ale nebyly podány informace o konkrétních příznacích jednotlivých rizik či komplikací, ani edukace přímo od porodní asistentky neproběhla.**

Po císařském řezu byla participantka A vysílená a většinu dne prospala. „Po tom císařském řezu jsem byla hodně unavená, takže já jsem dospávala skoro celý den.“ Zároveň u ní došlo k velké ztrátě krve, kde vážnost zjistili až po pokusu participantku po porodu postavit. Omdlela a byla nutná transfuze. „Přišla jsem o dost krve, a když samozřejmě mě chtěli postavit po tom císařském řezu, tak jsem jim tam zkolabovala, říkala jsem, že se mi hrozně točí hlava a ta sestřička mi říkala, že to všem, no a já jsem pak potom omdlela, takže mi potom ještě dávali tu transfuzi.“

Druhý den už byla schopná se na děti dojít podívat osobně a začít vstřebávat informace ohledně stavu dětí. „*Dvojčata jsem viděla až na druhý den. Ale myslím si, že ten první den jsem měla dost, co dělat sama se sebou.*“ Dále uvedla, že děti viděla první den pouze na fotografiích, které jí donesl ukázat primář. „*Pan primář mi donesl polaroidové fotky a říkal, že jsou vlastně stabilizovaní a víc jako už si moc nepamatuju, ale ten první den jsem prostě měla spíš co dělat sama se sebou... Ale potom už ten druhý den jsem pomalu šla za nima, takže potom ta informovanost byla.*“

Chování personálu

Na otázku ohledně toho, jaký vztah měla s porodní asistentkou během celého procesu, odpověděla **participantka A, že si nevybavuje a ani si není jistá, že by se na něm nějaká porodní asistentka podílela** a že pokud ano, tak jí mohla během porodu považovat za všeobecnou sestru. „*Já si vůbec nepamatuju, že by tam nějaká porodní asistentka byla. Tam to bylo jako, abych řekla pravdu, takový rychlý a jako fakt vůbec nevím, že by tam byla nějaká porodní asistentka. Jako nevím, jestli tam byla porodní asistentka nebo jako normální sestřička, to nevím, nějak jsem to nezaregistrovala.*“ Proto veškerá informovanost se vztahuje na lékaře a porodní asistentka ženu neinformovala.

Zeptala jsem se na to, jakým způsobem zapojovali zdravotníci rodiče do péče o děti. Participantka A mi sdělila, že jí kromě odšťikávání mléka nechtěli ze začátku zapojovat, protože obě děti byly v inkubátorech. „*Hrozně tlačili na odšťikávání mléka a vlastně ze začátku mě moc nezapojovali, protože oni byli malíci, takže moc nechtěli jako, abych nějak extrémně sahala do těch inkubátorů.*“ Následná péče byla u syna dost náročná, byl na ventilační podpoře, trpěl retinopatií, kvůli které podstoupil 2 neúspěšné operace, a praskla mu střeva, kvůli tomu měl otevřenou ránu na břicho. Dcera se vyvíjela lépe a trpěla pouze retinopatií, zdravotníci aktivizovali participantku A při péči a bylo jí nabídnuto i klokánkování, především u dcery, jejíž stav nebyl tak vážný. „*Syn byl na dýchací podpoře, pak mu vlastně praskly střeva, takže on měl vlastně otevřenou ránu na břicho, takže tam to bylo takové jako hodně zvláštní, ale samozřejmě dcerka, ta postupovala docela dobře, ta se vyvíjela hezky a tam jsme třeba i klokánili a bylo to prostě úplně jiné*“ Participantka A byla z nemocnice propuštěna za 5 dní a **za dětmi poté do nemocnice dojížděla, což pro ni bylo celkem náročné jak po psychické stránce, tak i po stránce dojezdové.** „*Obě dvě děti byly na jednotce intenzivní péče. Propustili mě za pět dní, a musela jsem za dvojčaty dojíždět, protože oni byly pořád na té jednotce intenzivní péče, a tam to nebylo tak, že by se*

tam ten rodič měl nějak možnost dostat, což bylo docela náročné.“ Dceru propustili z nemocnice po 3 měsících a syna až za téměř další tři měsíce kvůli předchozím komplikacím a horšímu stavu. *„Dcera byla hospitalizovaná necelé 3 měsíce a syn byl skoro půl roku.“* Dále jsem se zeptala na nynější stav dvojčat. Syn trpí retinopatií, která byla několikrát operována, ale vidění je i přes operace stále špatné. Dcera má lehčí retinopatii korigovanou brýlemi. Psychomotorický vývoj je u obou dětí v pořádku.

Psychologická podpora

Vzhledem k náročné životní situaci, kterou participantka A zažila jsem se zeptala, zda jí byla poskytnuta odborná psychologická pomoc a zda ji využila. Participantce A bylo doporučeno, aby si našla psychologa, ale tuto možnost nevyužila. *„No, řekli mi, že by bylo vhodné si najít psychologa, že vlastně matkám v téhle situaci hodně pomůže, když se někde můžou svěřit nebo něco, ale toho jsem nevyužila.“* Dotazovala jsem se tedy, zda byla **informována o podpůrných skupinách**, kde jsou lidé prožívající podobné situace jako ona a **ty už participantka A využila**. *„Já jsem tenkrát vlastně myslím našla skupinu na Facebooku na nedonošence, takže tam jsem se hodně ptala, jak se ty děti vyvíjí, a tam jsem asi vlastně vzala tu podpůrnou skupinu tam, než hledat vyloženě psychologa, pomohly mi zkušenosti jiných, kteří si prožili něco podobného jako my.“*

11.2 Rozhovor s participantkou B

Participantka B porodila dvojčata ve svých 34 letech, vícečetné těhotenství bylo její druhé. První těhotenství bylo v roce 2016 ukončené ve 12. týdnu těhotenství pro problémy s močovým ústrojím, které si participantka B nepřála více specifikovat. Participantka B má ukončené vysokoškolské vzdělání. Léčí se s hypothyreózou, na kterou bere pravidelně léky a užívala je i v průběhu těhotenství. Žije s dcerami a manželem v rodinném domě ve větším městě. Před těhotenstvím pracovala jako perioperační sestra. Termín porodu podle menstruace vycházel na 6.8. a akutní císařský řez byl proveden 6.6. Participantka B byla seznámena s anonymitou rozhovoru a metodou zaznamenávání rozhovoru na diktafon a na základě toho podepsala informovaný souhlas s rozhovorem.

Těhotenství

První dotazování směřovalo k tomu, kdy došlo ke zjištění těhotenství. Participantka B byla informována o tom, že čeká dvojčata hned na první kontrole u svého obvodního gynekologa. *„Já si myslím, že ke zjištění došlo asi v devátém týdnu. Bylo to druhé těhotenství a hned na prvním ultrazvuku mi řekli, že jsou to dvojčata – jednovaječné.“* Vícečetná gravidita byla diagnostikována po předešlém umělém ukončení těhotenství, které muselo být ze zdravotních důvodů a bylo pro ženu velice rizikové. Participantka B byla ihned na první kontrole informována o tom, že se jedná o rizikovější typ dvojčat, a to gemini monochoriati biamniati. *„Pan doktor byl taky v šoku a říkal mi: „Hm, jsou tam dvojčata, jednovaječná, takže jste si zase vybrala to nejrizikovější, co jste mohla,“ protože holky jsou jednovaječné s jednou placentou, každá byla ve svém obalu.“*

Po zjištění následovalo **překvapení a prvotní šok**, ale vzhledem k tomu, že se u participantky B v rodině dvojčata objevovala hojně, naprostý šok to pro nikoho z rodiny nebyl. *„Všichni byli asi překvapení, ale jako že by to byl úplně šílený šok, to ne. Prvotní šok jo, ale já jsem si vždycky myslela, že ty dvojčata u nás budou, ale že je bude mít můj mladší bratr, ale ne já.“* U partnera se prvotní šok po sdělení objevil. *„Partner v první chvíli v šoku byl, kdo by nebyl, ale rychle to přijal.“* Dotazovala jsem se na to, jak probíhala péče u obvodního gynekologa. Vzhledem k rizikovosti těhotenství a povolání byla participantka B v pracovní neschopnosti už od začátku těhotenství. V poradně **nebyla participantka B edukována porodní asistentkou** o konkrétních rizicích či příznacích. Docházelo pouze k edukaci od lékaře s tím, že těhotenství je vysoce rizikové, ale ke konkrétnějším informacím poté docházelo v nemocnici, kde došlo k hospitalizaci. *„Návštěvy gynekologa*

určitě byly častější, asi po dvou, třech týdnech a já jsem hlavně musela být hned v neschopnosti, protože jsem instrumentárka na operačním sále, takže jsem do práce nesměla, takže jsem asi odsloužila poslední dvě služby a hned jsem byla v neschopnosti.“ Screening na zjištění časně preeklampsie u participantky proveden nebyl.

U participantky B proběhly klasické běžné kontroly a dále byl participantce B nabídnut speciální neinvazivní prenatalní test, který dokáže s vysokou pravděpodobností zachytit vrozené vady z krve matky, participantka B toho využila a vše bylo v pořádku a došlo i k informaci o pohlaví dvojčat. *„Jo, měla jsem vlastně takové ty klasické screeniny a pak jsem měla udělaný speciální genetický test z mojí krve na všechny ty genetické vady, myslím, že ten test stojí něco kolem patnácti tisíc, kde se vylučují kromě Downova syndromu také všechny možné nějaké další genetické poruchy. Takže to proběhlo všechno v pořádku a řekli nám i pohlaví, protože to jsme chtěli vědět, takže nám vlastně řekli, že to budou holky.“* I přes veškeré fyziologické výsledky genetických vyšetření byla **psychika ženy hodně křehká a těhotenství si nedokázala moc užívat.** *„Geneticky to bylo všechno v pořádku, ale jinak mi říkali, že to je prostě velmi rizikové těhotenství a díky tomu si myslím, že ta moje psychika nebyla úplně dobrá.“* **Těhotenství bylo pro participantku B náročné po psychické stránce vzhledem k předchozímu těhotenství,** ale i po fyzické, kdy trpěla zvýšenou únavou, v prvním trimestru i nauzeou. *„Trpěla jsem v prvních třech měsících nauzeou, hlavně večer, takže jsem se musela brzo najíst a jít spát, aby se mi pozdě večer nedělalo nevolno.“* Objevovala se také větší únava, nutnost spánku přicházela i během dne.

Porod

Vzhledem k tomu, že participantka B je zdravotnický pracovník, byla informována od začátku, že porod bude císařským řezem. *„Já jsem od začátku počítala s císařským řezem, byla jsem s tím smířená, primárně se to u jednovaječných dvojčat ani nedoporučuje, rodit vaginálně, když je jedna placenta, protože ten druhý plod je vždycky pak ohrožený.“* **Vzhledem k následné hospitalizaci ještě před termínem porodu bylo pro participantku důležité, aby porod proběhl co nejdéle.** *„Při té hospitalizaci jsem jen doufala, že porod bude co nejpozději.“*

Zjištění komplikací

Zajímalo mě, kdy a jakým způsobem došlo k objevení komplikací. Participantka B uvedla, že úvodním impulzem bylo odhalení odlišného množství plodové vody u plodů na běžné kontrole ve dvacátém čtvrtém týdnu a okamžitě došlo k podezření na syndrom fetofetální transfuze. *„Byl rozdíl plodové vody u plodu A a u plodu B, takže tím to začalo, a to bylo podezření na ten transfúzní syndrom v ten týden, kdy se to docela často stává.“* Došlo k hospitalizaci v perinatologickém centru a po víkendu byla participantka B převezena do velké pražské nemocnice, kde mělo dojít k potvrzení, zda se o syndrom jedná či nikoliv. Vyšetření dopadlo dobře, ale pro klid participantky B i lékařů zůstala hospitalizována v perinatologickém centru. Celková doba hospitalizace na oddělení rizikových těhotných se nakonec vyšplhala na osm týdnů s tím, že každé pondělí proběhl převoz do Prahy na ultrazvukovou kontrolu plodů, pokaždé vyšetření dopadlo dobře. Po celé týdny hospitalizace **nebyla participantce B poskytnuta psychologická podpora.** *„Takže jsem byla cca 8 týdnů na rizikovém oddělení a každé pondělí jezdila do Prahy na ultrazvuk a vždycky jsem odtud přijela s tím, že transfúzní syndrom nemáme.“* Po dlouhých týdnech v nemocnici, kdy měl opět přijít převoz do Prahy se participantka B necítila ve své kůži. *„A pak jsem měla jet zase v pondělí do Prahy, ale už jsem byla prostě třicet dva týdnů, takže jsem byla taková trošku větší, už jsem byla taková unavená z toho, řekla jsem, že se ani moc na tu cestu necítím, abych jela zase do Prahy a zpátky, protože v Podolí se vždycky několik hodin čeká, než vás vyšetří, atd., a doktorka, zkušená gynekoložka, mi ještě řekla, že uvidíme, uděláme v pondělí ráno monitor, aby tam nebyly nějaké kontrakce a zkontrolujeme všechno. A když to půjde, když mi bude dobře, tak pojedu, když ne, tak nepojedu a já jí ještě říkala, že se na to už fakt necítím.“* V noci z neděle na pondělí v brzkých ranních hodinách odtekla participantce B plodová voda a došlo k rychlé indikaci akutního císařského řezu. Při něm se potvrdil syndrom fetofetální transfuze. *„Při porodu se potvrdil transfúzní syndrom, který byl dva měsíce vyvracen.“* Plod B byl donor a projevila se u něj hypoxie, malý vzrůst a po porodu muselo dojít k resuscitaci a k rozdýchání. *„Plod B, byla ta, která byla nedoživená, hypoxická, prostě trpěla tou ztrátou a byla po porodu resuscitovaná.“* Týden před samotným porodem došlo k aplikaci kortikoidů na dozrání plicní tkáně, což výrazně pozitivně působilo na další vývoj plodů po porodu. *„Dali kortikoidy na dozrání plic, že kdyby náhodou přišel předčasný porod, takže aby to bylo v pořádku, takže holky si jako dýchaly samy po porodu, nebyly na umělé plicní ventilaci a měly jen nostrilky.“* Participantka B brala celou situaci tak, že i přes moderní technologii využívanou v medicíně ni-

kdy neznáme přesné pochody v lidském těle. „*Já jako zdravotník to vidím tak a říkám to tak, že do hlavy a do břicha nikdo nevidí, i přesto že máme ultrazvuky a moderní vyšetřovací metody, tak si myslím, že to nikdy není 100%, to vyšetření.*“ Podle ní hrálo i důležitou roli postavení dvojčat, ty se nacházeli v kolizním postavení. „*Plod B, jsem měla jako přičku pod žebrama a nedostávalo se jí té výživy a Adélka byla v klasickém uložení hlavou dolů.*“

Prožitky při zjištění komplikací

K porodu došlo neočekávaně a události měly tak rychlý spád, bylo pro ni samotnou **těžké rychle vstřebat všechny informace**, proto se nakonec rozhodla, že nebude nikoho plašit brzo ráno a se sdělením rodině počkala až po akutním císařském řezu v ranních hodinách. „*Byla noc a já jsem si říkala, že manžela volat nebudu, protože jsem si říkala, že je to stres a on by prostě rychle jel do nemocnice a nemám to prostě ráda, že by zmatkoval třeba na silnici, tak jsem si říkala, že prostě stejně nic nezměníme, takže jsem nikoho k porodu nevolala.*“ Rodina participantky B bydlí ve vícegeneračním domě, takže informaci o porodu dostala celá rodina najednou a bylo to pro celou rodinu dost šokující zjištění. „*Mamce jsem poslala SMSku, tak se s mým manželem potkali tady na chodbě a byli v šoku, protože jim přišla SMSka, že už jsem po porodu a holky jsou na světě.*“ Nic nenasvědčovalo tomu, že by mělo dojít k porodu, neobjevovaly se žádné kontrakce, potíže, a proto byla informace pro všechny velice překvapující. „*Prostě všichni byli dost vyděšení, no.*“

Informovanost

Obvodní gynekolog byl informován o tom, že participantka B je zdravotník, takže **informovanost u něj byla z pohledu ženy dostatečná**, věděla, že těhotenství je rizikové, proto docházelo k častějším kontrolám a většímu hlídání zdravotního stavu participantky B i obou plodů. Zároveň participantku B připravil na možnost předčasného porodu. „*Obvodní gynekolog mě bral jako zdravotníka, řekl, že budu doma, že budu odpočívat, že to je komplikované těhotenství, že budu každý měsíc chodit na kontroly, pak častěji a ať se připravím, že od třicátého týdne budu ležet v nemocnici a že ten porod bude dřív.*“

I přes rychlý sled událostí v období porodu **byla informovanost dobrá**. Dotazovala jsem se na následnou informovanost o stavu vícčat. **O transfuzním syndromu byla participantka B informována po porodu**, kdy jí neonatolog přišel sdělit ještě další informace

o stavu dvojčat. *“Že došlo k transfuznímu syndromu jsem se dozvěděla až po porodu, přišel mi to říct neonatolog na jednotku intenzivní péče, že mi jde říct informace o dětech.”* **Velké zděšení se dostavilo po informaci, kolik vážilo jedno z dvojčat.** *„No, řekl mi, že jedna holčička vážila 1820g a já si říkala, že je to aspoň k těm 2kg a pak že druhá měla 1230g, že neví už jak dlouho, ale že prostě byla vším omezena. To mě jako strašně vyděsilo.”*

Bezprostředně po porodu **byla participantka B informovaná o stavu víceročtat, ale sama je nejdříve vidět nechtěla.** *„Nevím, čím to bylo, ale nejdřív jsem se tam jít na ně podívat nechtěla. Je to jakoby hrozné, že to tak řeknu, ale mě to tak strašně vyděsilo – to, jak jsou malinký.”* O transfuzním syndromu byla participantka B informována po porodu, kdy jí neonatolog přišel sdělit informace o stavu dvojčat. Děti viděl první manžel a matka participantky B, neboť ona sama ležela na jednotce intenzivní péče. *„Já jsem tam sama ležela na JIPce a první je viděla moje mamka, když přijela do práce, a pak tam přijel manžel, takže ti je viděli.”* Participantka B mi sdělila, že se **děti rozhodla navštívit až druhý den, když jí její matka nabídl, že k nim půjde s ní.** *„Myslím, že až druhý jsem tam šla, kdy moje mamka mi řekla, ať tam jdu s ní, že mi pomalu pomůže a dojedeme tam spolu.”* Také prozradila, že **to pro ni byl velice silný emocionální zážitek a když obě své děti viděla v inkubátorech, zmohla se pouze na pláč.** *„Tak jsem tam došla, no a tam jsem jenom brečela u těch inkubátorů a říkala si, jak jsou strašně malinký.”* I přes uklidňování personálu a příbuzných **to bylo pro participantku B velice psychicky náročné.** *„Když jsem prostě znala ty míry a váhy našich dětí, a teď je tam vidíte. To prostě nejde jinak než brečet. Prostě mi to jinak nešlo.”*

Díky svému zaměstnání ve stejné zdravotnické organizaci, hlásila participantka B lepší zacházení a informovanost ze strany zdravotnického personálu. *„Protože jsem tam trošku byla VIP, tak jsem byla informovaná o všem. Personál starající se o děti se snažil o co nejlepší přístup i přes omezenost v manipulaci. Sestřičky z neonatologie mi pomáhaly rozjet laktaci, ale jako všechny informace jsem určitě měla ať už o zdravotním stavu, o podpoře laktace, atd.”*

Chování personálu

Dalším bodem zájmu byl přístup zdravotníků k participantce B a její rodině, zajímalo mě, zda došlo k projevům empatie a pomoci. Participantka B pracovala před pracovní neschopností v té samé organizaci, kde byla hospitalizovaná a její matka dělá na oddělení

neonatologie sekretářku. Také díky každotýdenním návštěvám Prahy a dlouhé hospitalizaci brala participantka B přístup zdravotníků jako nadstandartní. „*Moje mamka je sekretářka na neonatologii, byla jsem zvláštní tím, že jsem každý týden jezdila do Prahy, takže jsem byla tak trochu VIP.*“ **Přístup zdravotníků hodnotí pozitivně, všechny otázky byly adekvátně zodpovězeny. Při porodu i po něm hodnotí péči jako velice kvalitní** a oceňuje jak přístup gynekologa, který vedl operaci, tak také přístup neonatologa, který s přihlédnutím ke stavu obou dětí bezprostředně po porodu vyčkal s invazivními metodami a informoval ženu po operaci o stavu dětí. „*Sloužil super neonatolog, který tu Barborku zresuscitoval a nešel do žádných invazivních metod, jako jsou intubování, atd., prostě jí dal šanci, aby jí pomalu s ambuvakem rozdýchal.*“

Zajímalo mě, jak se dětem daří dnes a zda mají nějaké trvalé následky. První holčička je naprosto zdravá, druhá měla krvácení do mozku. Ještě při hospitalizaci participantku B uklidňovali lékaři tím, že je to malé krvácení a všechno bude dobré, a i při propouštění bylo rodičům sděleno, že jsou obě děti v pořádku a nemají žádné následky. Postupem času docházelo ke zjištění, že všechno není zcela v pořádku a druhá holčička je psychomotoricky opožděná. „*S odstupem času jsme začali zjišťovat, nebo se nám něco na tom vývoji nepozdávalo, prostě i jako máma jsem asi cítila, že se tam něco jakoby děje, že je něco trošku jinak, ale šla jsem samozřejmě domů s tím, že jsem musela cvičit Vojtovku, atd. takové ty klasické věci u těch nedonošených dětí. Ale prvotně nás propouštěli s tím, že není žádný problém, Tak jsme šli domů s tím, že jsou holky v pořádku.*“

Následující otázky směřovali ke vztahu s porodní asistentkou. Participantka B **ne měla za celou dobu přehled o tom, že by se někde nacházela. Není si vědoma toho, že by se s ní setkala, ani na operačním sále, ani na oddělení rizikových těhotných.** „*Myslím, že u císařského řezu ani není. Tam je dětská sestra a neonatolog, když je to tenhle operační výkon, protože tam jsou lékaři a instrumentářka. A co se týče hospitalizace na rizikovém, tak tam jsou normálně sestřičky. Tam za vámi porodní asistentka nedochází. Takže s tou já jsem se podle mně vůbec neseťkala.*“

Psychologická podpora

Zajímala jsem se o to, zda byla participantce B nabídnuta odborná psychologická pomoc, zda byla seznámena s podpůrnými skupinami, byly předány různé letáčky a materiály na pomoc lidem v této náročné životní situaci. Participantka B mi odpověděla, že **žádná speciální pomoc jí nabídnuta nebyla, došlo pouze ke zmínění podpůrných sku-**

pin. „*Ne, psychologická podpora mi nabídnuta nebyla, ani při hospitalzaci, ani po porodu. Jakoby dali mi info o podpůrných skupinách, ale bylo to jen okrajově zmíněno.*“

DISKUZE

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na komplikace u vícečetné gravidity a v průběhu porodu. Zaobírá se především tím, co ženy pociťovali jak při diagnostice vícečetného těhotenství, při těhotenství samotném, ale i na pocity při zjištění komplikací. Zajímala jsem se také o to, zda personál poskytl účastnicím dostatečné informace a zajistil jim i adekvátní psychologickou podporu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit zkušenost se zdravotní péčí a analyzovat informovanost účastnic při propuknutí komplikací. Zvolila jsem kvalitativní výzkum, při kterém byly použity polostrukturované rozhovory. Obě ženy mě kontaktovaly po zveřejnění žádosti o rozhovor na Facebookové skupině sdružující ženy s vícečetnou graviditou. Výzkumu se zúčastnily dvě ženy, které prožily komplikaci při vícečetné graviditě a v obou případech muselo dojít kvůli zhoršující se komplikaci k předčasnému porodu.

Tabulka 1: Porovnání anamnestických údajů účastnic

Anamnestické údaje	
Participantka A	Participantka B
<ul style="list-style-type: none">• 27 let• S ničím se neléčí• Spontánní početí• Třetí těhotenství• První těhotenství porod mrtvého plodu ve 28. t.g. – kvůli insuficienci placenty• Druhé těhotenství – narozena zdravá dívka v termínu• Hlavní komplikací - preeklampsie• Porod S.C. ve 26.t.g.	<ul style="list-style-type: none">• 34 let• Léčí se s hypothyreózou• Spontánní početí• Druhé těhotenství• První těhotenství ukončeno z důvodu problému močového ústrojí účastnice• Hlavní komplikací – nerozpoznaný TTT syndrom• Porod S.C. pro předčasný odtok plodové vody před termínem porodu ve 32. t.g.

Zdroj: vlastní zpracování

Prvním dílčím cílem mé bakalářské práce bylo **zjistit a analyzovat pocity participantek při zjištění vícečetného těhotenství**. Participantka A popisuje, že ke zjištění těhotenství došlo v šestém týdnu těhotenství, ale potvrzení, že se jedná o vícečetnou graviditu bylo až v týdnu devátém. V první chvíli pro ni bylo těžké uvěřit tomu, že se jedná o dvojčata. Zprvu byla v domněnání, že se jedná o zamlklé těhotenství. Vzhledem k tomu, že se v její rodině nikdy žádná vícerčata neobjevovala, bylo to pro participantku A i pro její rodinu dost šokující. Po prvním těhotenství, které bylo ve 28. týdnu těhotenství ukončeno porodem mrtvého plodu, figuroval u participantky A strach, který ale zaháněla péčí o svoji starší dceru. Participantka B uvádí, že ke zjištění těhotenství došlo v devátém týdnu. Ihned jí bylo sděleno, že se jedná o dvojčata. Překvapení a šok byl poměrně rychle zvládnut, protože v rodině participantky B se dvojčata objevovala. Předchozí těhotenství participantky B muselo být ze zdravotních důvodů ukončeno, a proto měla participantka B od začátku těhotenství velké obavy. K početí u obou participantek došlo přirozenou cestou.

Druhým dílčím cílem bylo **zmapovat, zda personál poskytl dostatečné informace při komplikacích**. Obou participantek jsem se dotazovala na informovanost u obvodního gynekologa. Participantka A vnímala péči obvodního gynekologa dobře. Měla pocit, že došlo k dostatečnému informování ze strany lékaře. Nebyly jí ovšem poskytnuty konkrétní informace o příznacích rizik či komplikací. V celém procesu nedošlo k edukaci od porodní asistentky. Byl jí nabídnut primotrimestrální screening, který dopadl v pořádku. Těhotenství bylo do 25. týdne ukázkové. Na běžné kontrole u obvodní gynekoložky došlo k naměření vysokého krevního tlaku. Participantka A byla uklidňována tím, že se může jednat o výkyv a byla poslána domů. Za týden se participantka A měla dostavit na kontrolu, ale další den ráno se u ní objevil další příznak. Přes noc došlo ke zčernání nohou. Rozhodla se jet na kontrolu okamžitě. Tento příznak participantku velice vyděsil. Nevěděla, proč se to stalo, a měla obavy o své zdraví i svých nenarozených dvojčat. Následně byla odeslána do menší okresní nemocnice. Tam celý pobyt trval pouze pár hodin, ale i tak na něj participantka A nevzpomíná úplně nejlépe. Sama to popisovala tak, že měla pocit, že se jí personál bál a téměř vůbec s ní nekomunikoval. Následně byla převezena do fakultní nemocnice pouze s informací, že v okresní nemocnici nejsou na předčasný porod vybaveni. Participantka B uvedla, že byla již od začátku v pracovní neschopnosti z důvodu rizikovitosti gravidity a vzhledem k jejímu pracovnímu prostředí. Byly u ní provedeny klasické screeniny. Byl jí také nabídnut speciální neinvazivní test zachycující vrozené vady plodu

z krve matky. Všechny screeniny, včetně toho speciálního, dopadly v pořádku. S přihlédnutím na porodnickou anamnézu a rizikovost vícečetné gravidity měla participantka B po celou dobu těhotenství velmi křehkou psychiku. Obvodní gynekolog byl seznámen se skutečností, že participantka B je zdravotník. Vše jí pečlivě vysvětloval a rovnou sdělil možná rizika, hlavně riziko předčasného porodu. Obě participantky uvedly, že za celou péči se nesetkaly s tím, že by v procesu poskytování informací hrála porodní asistentka větší roli.

Analýza poskytované péče po propuknutí komplikací byl dílčí cíl číslo tři. Po zjištění závažného zhoršení preeklampsie u participantky A bylo rozhodnuto, že musí dojít k okamžitému císařskému řezu. Na vstřebání této informace jí nebyl dán téměř žádný čas. V první řadě pocítovala strach a porod zprvu nechtěla. Informace od lékařů byly stručné a jasné. V ohrožení byl jak život participantky A, tak i jejích dětí. Participantka A dala svůj souhlas a mohla tak být provedena akutní operace. Po porodu donesl primář oddělení ukázat fotografie obou dětí participantce A, což přineslo pozitivní účinek na její psychiku. Participantka A bohužel neměla možnost být hospitalizovaná s dětmi a musela za nimi dojíždět každý den. Tato skutečnost však znamenala velký nápor po stránce psychické i finanční. U participantky B došlo ke zjištění komplikací na ultrazvuku ve 24. týdnu těhotenství. Hlavním problémem bylo odlišné množství plodové vody u obou plodů a podezření na syndrom fetofetální transfuze. Byla nutná hospitalizace v perinatologickém centru. Každý týden musela participantka B dojíždět do Prahy na kontroly a 8 týdnů jí syndrom fetofetální transfuze vyvraceli. Ačkoliv byl po celou tuto dobu nápor na její psychiku značný, participantce B nebyla nabídnuta žádná psychologická pomoc. Několikahodinové cesty do Prahy následované dlouhým čekáním na vyšetření byly pro ni velmi vyčerpávající. Osmý týden hospitalizace se participantka B necítila dobře a své obavy svěřila lékařce. Ta ženu podpořila a uklidňovala ji, že vše vypadá v pořádku, ale že nemusí na vyšetření do Prahy jet, pokud se na cestu necítí. V ranních hodinách došlo k předčasnému odtoku plodové vody a k akutnímu císařskému řezu. Po něm bylo zjištěno, že oba plody trpěly syndromem fetofetální transfuze. Jeden z plodů musel být resuscitován. Porod byl indikován velice rychle, proto nebyla možnost řádné psychologické přípravy a podpory ženy. Velmi vyděšená byla participantka B při zjištění váhy jednoho z dvojčat. V prvních dnech neměla sílu a odvalu se na ně jít podívat a jen plakala. V následné péči o děti personál zapojoval oba rodiče, co nejvíce to šlo. Podávané informace od zdravotníků hodnotí participantka B velice dobře.

Dalším cílem bylo zjistit, **zda participantkám byla poskytnuta psychologická pomoc v náročné situaci**. Participantce A bylo řečeno, že je vhodné, aby si psychologickou podporu našla. Větší iniciativa ze strany personálu nebyla vyvinuta. Nebyly předány ani informační letáky s odkazem na podpůrné skupiny nebo psychologickou pomoc. Dozvěděla jsem se, že pro participantku A byla největší oporou kromě rodiny také podpůrná skupina na Facebooku, kde se mohla dotazovat a sdílet svůj příběh a své pocity s lidmi s podobnou zkušeností. Nejinak tomu bylo i v případě participantky B, která uvádí, že jí nabídnuta psychologická pomoc nebyla vůbec a zdravotníci se pouze okrajově zmínili o podpůrných skupinách.

Z kvantitativního výzkumu diplomové práce Magdaleny Manové (2021, s. 55) se dozvídáme, že se 18,73 % žen s vícečetnou graviditou dozvídalo od svého lékaře či porodní asistentky pouze o obecné rizikovosti těhotenství. 17,94 % dotazovaných žen odpovědělo, že se jim dostalo informací ohledně konkrétních rizik vícečetné gravidity. Obdobnou informaci jsem se dozvěděla i ze svých rozhovorů s participantkami. Výše zmíněná diplomová práce uvádí, že 30,90 % žen považovalo informace od lékaře či porodní asistentky za nedostačující a informace si dohledávaly samy. Z diplomové práce také můžeme vyčíst, že u 32,14 % žen s vícečetnou graviditou nastal předčasný porod. Podobná data byla zveřejněna i ve studii autorů Anupama Hada, Ajit Singh Baghela a Deepak Sethi (2016, s. 4069 – 4073), která uvádí, že až 48,5 % vícečetných gravidit končí předčasným porodem. S tím souvisí zjištění uvedené v knize autorek Markové, Chvilové Weberové a kolektivu (2016, s. 456), že se žena při předčasném porodu ocitá ve fázi, kdy pociťuje vinu za to, že nedokáže donosit vlastní dítě a že mu je její vinou způsobena bolest nebo zdravotní problém. Uvádí, že je zde také narušen přirozený proces poporodního období, kde žena často tráví většinu času na specializovaných pracovištích a jednotkách intenzivní péče. Může dojít k narušení chodu domácnosti vlivem dojíždění za předčasně narozeným dítětem. Z těchto skutečností je tedy nutné vyvodit, že starostlivost o psychiku matky a celé rodiny je nesmírně důležitá i v rámci prevence vzniku psychických poruch a traumat.

Z výsledků mé bakalářské práce vyplývá, že participantkám byla poskytnuta velmi dobrá zdravotní péče a základní informace o zdravotnických postupech. Z rozhovorů je ale zjevné, že psychologická podpora a komunikace zdravotníků nebyla dostatečná. Toto nepřispělo ke zlepšení psychického stavu participantek při náročných situacích, kterými si prošly. Dále jsem došla k zjištění, že participantky v celém procesu neregistrují práci po-

rodní asistentky. Ta mohla být klíčovým článkem při zlepšování komunikace a psychikou obou participantek.

LIMITY VÝZKUMU

Vzhledem k epidemiologické situaci jsem zvolila možnost online výzkumu. Bylo obtížné, abychom se s participantkami mohly potkat osobně. O vícečetném těhotenství existuje mnoho zdrojů, většina z nich se však soustředí na medicínské komplikace, ale málo z nich se zabývá prožitky žen při těhotenství nebo propuknutí komplikací. Téměř žádná kniha není zaměřena na psychiku ženy u vícečetné gravidity.

SEBEREFLEXE

Jako výzkumníka mne rozhovory s participantkami velmi obohatily. Uvědomila jsem si, jak je důležitá komunikace při celém procesu, jak moc může ovlivnit vnímání žen celé situace. Sama na sobě jsem už několikrát, při projevení komplikace u těhotné ženy, pociťovala, že se s ní vlastně bojím mluvit. Bojím se, že řeknu něco, co ženu zraní, ale po těchto rozhovorech jsem si uvědomila, jak je důležité se ženou mluvit, naslouchat a předávat správné informace.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Analýza a interpretace výsledků přináší několik doporučení pro praxi.

- Podporovat studentky porodní asistentky v zájmu o obor – vzdělané a samostatné porodní asistentky nemusí nechávat většinu informovanosti na lékaři a mohou ženě pomoci v náročných situacích
- Edukovat zdravotníky – pořádat kurzy, workshopy o tom, jak důležitá je informovanost pacientek i jejich blízkých o možných komplikacích a rizicích vícečetné gravidity
- Podporovat a zviditelňovat práci porodní asistentky, aby v lidech nezbuzovala pocit, že pouze asistuje lékaři
- Porodní asistentky vykonávající svou profesi s radostí a láskou budou pociťovat větší empatii k ženám a budou je více informovat
- Zvolit vhodnou komunikaci se ženou a její rodinou

- Informovat ženu o možnosti kontaktování komunitní porodní asistentky, informovat o činnostech, které dělá a jak může ženám pomoci v těhotenství, při porodu i během šestinedělí
- Vytvořit informační leták s nabídkou podpůrných skupin, které mohou psychicky pomoci ženám s vícečetnou graviditou

ZÁVĚR

Má bakalářská práce byla zaměřena na komplikace u vícečetného těhotenství a v průběhu porodu. V první kapitole jsem se zaměřila na definici a rozdělení vícečetné gravidity. Dále se zde věnuji specifikám managementu vícečetného těhotenství. Druhá kapitola se zabývá konkrétními riziky a komplikacemi. Nejdříve jsou probrané v souvislosti s matkou a následně i v souvislosti s plodem. V další kapitole se zabývám porodem víceročetat. Rozebírám zde, v jakých případech lze vést vaginální porod víceročetat, dále pak řeším operativní porody. Tato kapitola také obsahuje problematiku předčasného porodu. Poslední kapitola se obecně zaměřuje na psychologii ženy s vícečetnou graviditou a na důležitost komunikace mezi zdravotníky a těhotnými.

Praktická část popisuje zkušenosti participantek s péčí zdravotnického personálu a zároveň se zaměřuje i na informovanost z hlediska poskytnuté péče při vícečetné graviditě. Výzkum byl zvolen kvalitativní a zahrnoval rozhovory se dvěma participantkami. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají participantky osobní zkušenosti s péčí personálu při komplikacích vícečetné gravidity a jak celkově vnímaly informovanost při zjištění komplikací. Zjistila jsem, že obě ženy měly v těhotenství velké obavy. Bylo jim sdělováno, že je jejich těhotenství vysoce rizikové. Obě ženy měly nepříznivou porodnickou anamnézu, což celé napětí z rizikového těhotenství jen umocňovalo. Dále jsem z výzkumu zjistila, že péče i informovanost od zdravotníků je na vysoce profesionální úrovni. Odborná péče byla z pohledu obou žen v pořádku. Problémem však byla nedostatečná podpora psychiky v těhotenství, za porodu i následně po něm. U obou participantek došlo k předčasnému porodu. Předčasně narození novorozenci byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. Zásadním zjištěním mého výzkumu je nedostatečná péče porodní asistentky, která nefigurovala adekvátně ani v jednom případě. Ani jedna z žen porodní asistentku během celé péče nezaregistrovala.

Na podobné téma bylo vytvořeno již několik odborných prací a všechny došly k velmi podobným výsledkům. Zmiňovaná práce Magdaleny Manové (2021, s. 84) v závěru uvádí, že ženy se nejvíce informací o rizicích a komplikacích vícečetné gravidity dozvídaly z internetových zdrojů častěji než od lékaře či porodní asistentky. Toto zjištění potvrzuje i má bakalářská práce. V ní jsem zjistila, že ženy nebyly informovány o konkrétních komplikacích, a tudíž v obou případech nebyla informovanost dostatečná. Z mého výzkumu také vyplynulo, že spolu s nedostatečnou informovaností souvisí i nedostatečná psycholo-

gická péče. Ta ovlivňuje celkové vnímání porodu a může způsobovat i další psychické problémy v pozdějším období. Myslím si, že je potřeba více edukovat zdravotníky o této problematice. Je nutné se zaměřit nejen na odborné znalosti, ale i na psychiku ženy a její rodiny. Vytvořila jsem edukační leták, který nabízí možnost kontaktovat různé podpůrné skupiny a odborníky nabízející psychologickou pomoc. Mohl by být distribuován již v gynekologických ambulancích lékařů starající se o ženy s vícečetnou graviditou, dále by mohl být rozdáván ženám i po porodu. Z mého výzkumu vyplynulo, že nikdo ze zdravotníků nenabídl ženám specializovanou psychologickou pomoc, ačkoliv byla psychická zátěž obrovská. Tato zjištění mne samotnou mrzí a doufám, že se péče o psychiku těhotných žen stane v co nejbližší době stejně podstatná, jako péče o jejich fyzické zdraví.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

BĚHÁVKOVÁ, Kateřina, VOJTĚCH, Jiří. Komplikace monochoriální gravidity. *Postgraduální medicína*. 2016, 18, 4, s. 323–325. ISSN 1212-4184.

BINDER, Tomáš a kol. *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 2020. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.

BINDER, Tomáš a kol. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2014. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

DUŠOVÁ, Bohdana a kol. *Pořeba žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-4.

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Zdeněk, MĚCHUROVÁ, Alena, VELEBIL, Petr, UNZEITIG, Vít. Prenatální péče o vícečetná těhotenství. *Česká gynekologie*. 2013, 78, s. 22-24. ISSN 1210-7832.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

KACEROVSKÝ, Marian, KOKRDOVÁ, Zuzana, KOUCKÝ, Michal a spol. Spontánní předčasný porod: doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2017, 82(2), s. 160-165. ISSN 1210-7832.

KOZUBÍKOVÁ, Barbora. Syndrom fetofetální transfuze. *Zdravotnictví a medicína*. 2017, 7-8, s. 25-26. ISSN 2336-2987.

KROUPOVÁ, Radka. Twin-to-twin Transfusion Syndrome. *Zdravotnictví a medicína*. 2016, 2, s. 28-29. ISSN 2336-2987.

ĽUBUŠKÝ, Marek, KROFTA, Ladislav, VLK, Radovan. Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče o vícečetná těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78(2), s. 135-139. ISSN 1210-7832.

MARKOVÁ, Daniela, CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena a kol. *Předčasně narozené dítě*. Praha: Grada Publishing, 2020. 736 s. ISBN 978-80-271-1745-1.

MĚCHUROVÁ, Alena, ANDĚLOVÁ, Kateřina. Hypertenze v graviditě – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78, Supplementum, s. 45-47. ISSN 1210-7832.

PENKA, Miroslav, TESAŘOVÁ Eva a kol. *Hematologie a transfuzní lékařství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. 424 s. ISBN 978-80-247-3459-0.

PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš, HÁJEK, Zdeněk. Vedení porodu vícečetného těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78, Supplementum, s. 24-25. ISSN 1210-7832.

STUDNIČKOVÁ, Martina, VOJTĚCH, Jiří, VELEBIL, Petr. Komplikace vícečetného těhotenství. *Postgraduální medicína*. 2016, 18(4), s. 375-380. ISSN 1212-4184.

ŠIMETKA, Ondřej. Operační vaginální porod. *Česká gynekologie*. 2016, 81, s. 93-94. ISSN 1210-7832.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada Publishing, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

VÍTKOVÁ RULÍKOVÁ, Klára. *Co nevíte o dvojčatech*. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 168 s. ISBN 978-80-7367-613-1.

VITKOVÁ RULÍKOVÁ, Klára. *Dvojčata. 2.* rozšířené vydání. Brno: Cpress, 2016. 192 s. ISBN 978-80-264-1346-2.

VLAŠÍNOVÁ, Iva, HRUBAN Lukáš, JANKŮ, Petr a kol. Specifické placentární komplikace u monochoriálních biamniálních dvojčat porozených po 24. týdnu gravidity – retrospektivní analýza. *Česká gynekologie*. 2015, 80, 3, s. 189-195. ISSN 1210-7832.

VOJTĚCH, Jiří a kol. Riziková dvojčetná gravidita. *Postgraduální medicína*. 2014, 16, 5, s. 470–473. ISSN 1212-4184.

ZMRHALOVÁ, Barbora, HEŘMAN, Hynek, VOJTĚCH, Jiří a kol. Intrauterinní růstová restrikce plodu. *Postgraduální medicína*. 2012, 14, 3, s. 290–295. ISSN 1212-4184.

Zahraniční zdroje

GABBE, Steven G., NIEBYL, Jennifer R., SIMPSON, Joe Leigh a kol. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, Philadelphia: Elsevier, 2017. Seventh edition. ISBN 978-0-323-32108-2.

HOFMEYR, Justus G., BARRETT, Jon F., CROWTHER, Caroline A. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy (Review). *Cochrane library*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015, s. 1-51. DOI 10.1002/14651858.CD006553.

LAZAROV, Stoyan, LAZAROV, Lachezar, LAZAROV, Nikolai. Complications od Multiple Pregnancies: Overview. *Trakia Journal of Sciences* [online]. 2016, 14, 1, s. 108-111 [cit. 2021-12-1]. ISSN 1313-3551. Dostupné z: <http://www.uni-sz.bg/tsj/Vol.14,%20N%201,%202016/S.Lazarov2.pdf>.

MURRAY, Sarah R., STOCK, Sarah J., COWAN, Shona, COOPER, Elizabeth Sarah, NORMAN, Jane E. Spontaneous preterm birth prevention in multiple pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* [online]. 2018, 20, 1 [cit. 2021-12-4]. s. 57-63. DOI 10.1111/tog.12460.

Internetové zdroje

ČGPS ČLS JEP. *Management hypertenzních onemocnění v těhotenství*. [online]. 2019. [cit. 6.11.2021]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-06-management-hypertenznich-onemocneni-v-tehotenstvi-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf>

ČGPS ČLS JEP. *Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.-22. týdnu těhotenství*. [online]. 2019. [cit. 1.11.2021]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-04-podrobne-hodnoceni-morfologie-plodu-pri-uz-vysetreni-ve-20-22-tydnu-tehotenstvi-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf>

ČGPS ČLS JEP. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. [online]. 2019. [cit. 16.10.2021]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf>.

Centrum prenatální diagnostiky. *Kombinovaný screening I.trimestru*. In fetalnicentrum.cz [online]. [cit. 30.10.2021]. Dostupné z: <https://www.fetalnicentrum.cz/i-trimestr>.

HADA, Anupama, BAGHELA Ajit Singh, SETHI Deepak. Study od maternal and foetal outcome in multiple pregnancy. *Journal of evolution of medical and dental sciences* [online]. 2016, s. 4069–4073 [cit. 2022-3-9]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Deepak-Sethi-4/publication/305766723_STUDY_OF_MATERNAL_AND_FOETAL_OUTCOME_IN_MULTIPLE_PREGNANCY/links/579fa7e808ae100d38065ac3/STUDY-OF-MATERNAL-AND-FOETAL-OUTCOME-IN-MULTIPLE-PREGNANCY.pdf

Nuchal translucency scan. *The Fetal Medicine Foundation*. In fetalmedicine.org [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://fetalmedicine.org/fmf-certification-2/nuchal-translucency-scan>.

Kvalifikační práce

GRULICHOVÁ, Markéta, 2021. *Patofyziologická úloha nutričních determinant v rámci růstu u střeoevropské populaci dětí a adolescentů*. Brno. Disertační práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Ústav patologické fyziologie.

MANOVÁ, Markéta, 2021. *Informovanost žen o vícečetném těhotenství a jeho komplikacích*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav porodní asistence.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Typy vícerčat
- Příloha 2 – Informovaný souhlas
- Příloha 3 – Okruh témat k rozhovoru
- Příloha 4 – Leták s nabídkou pomoci

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Typy vícерčat

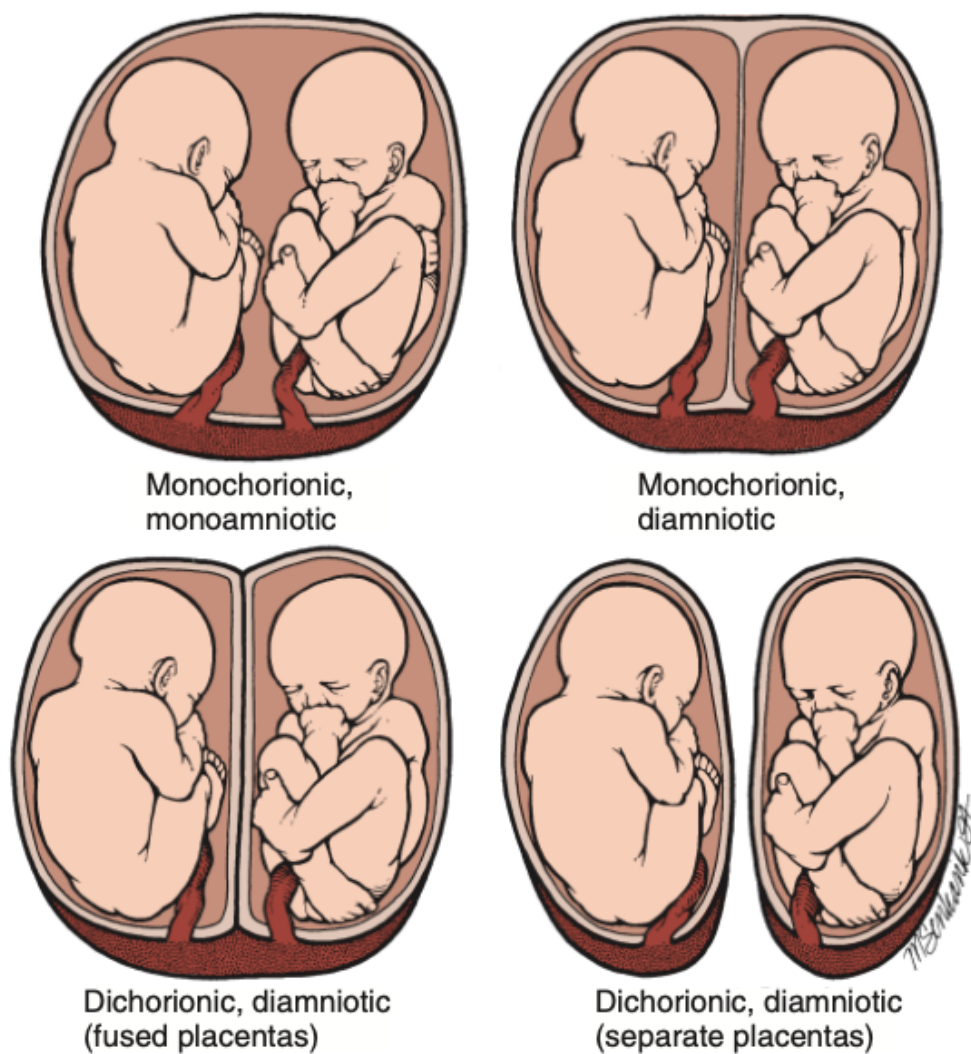


FIG 32-1 Placentation in twin pregnancies.

Typy vícерčat – vlevo nahoře gemini monochoriální monoamniální; vpravo nahoře gemini monochoriální biamniální; vlevo dole gemini bichoriální biamniální – se splývající placentou; vpravo dole gemini bichoriální biamniální – s plně oddělenou placentou (Gabe, Niebyl, Simpson a kol., 2017, s.707).

Příloha 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

KOMPLIKACE U VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ A V PRŮBĚHU PORODU

STUDENT

jméno: Veronika Marková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: markovav@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

jméno: Mgr. Kateřina Vošahlíková
Gynekologicko – porodnické oddělení
Mulačova nemocnice v Plzni
e-mail: kvosahlíkova@mulacovanemocnice.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit zkušenosti participantek s péčí zdravotníků při komplikacích a analyzovat jejich informovanost z hlediska poskytnuté péče při propuknutí komplikací vícečetného těhotenství.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 3 – Okruhy témat k rozhovoru

Okruh témat	Téma k rozhovoru
Těhotenství	Zjištění těhotenství - věk, parita, v jakém týdnu těhotenství Emoce při zjištění vícečetného těhotenství a reakce okolí Návštěvy gynekologa – jak časté Speciální vyšetření – genetika, screeniny
Porod	Příprava na porod Jak probíhal porod - SC X vaginální
Zjištění komplikací	Kdy ke zjištění došlo – týden gestace Jakým způsobem ke sdělení došlo Projevy komplikace
Prožitky při zjištění komplikací	Bezprostřední emoce Sdělení rodině
Informovanost	Dostatečnost informací Srozumitelnost informací Informovanost o stavu vícčetat
Chování personálu	Vztah s porodní asistentkou – v těhotenství, při a po porodu Zapojení rodičů při péči o vícčetata
Psychologická podpora	Nabídnutí pomoci psychologa Odkaz zdravotníků na podpůrné skupiny

Zdroj: vlastní zpracování

ČEKÁTE VÍČERČATA?

Chcete s někým sdílet své radosti i starosti?



Důležitá je komunikace

Jsou chvíle, kdy se člověk prostě potřebuje vypovídat. Ať už se chcete podělit o to dobré či zlé, zde je několik skupin a organizací, které Vás přijmou s otevřenou náručí.

Centrum pomoci rodinám s víčerčaty
www.dvojcata.org | centrum@dvojcata.org

- Cyklus přednášek pro budoucí rodiče
- Individuální psychologická poradna
- Internetová poradna
- Pravidelné akce

Facebookové skupiny

- Radost s dvojčaty - podpůrná skupina kontaktního rodičovství
- Dvojčata