

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Mirka Benešová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zdravotně sociální aspekty péče o nedonošené děti u rodin s dvojčaty zejména
v prvním roce života

Mirka Benešová, DiS.

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mirka Benešová**
Osobní číslo: **Z13012**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Zdravotně sociální aspekty péče o nedonošené děti u rodin s dvojčaty zejména v prvním roce života**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

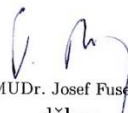
Seznam odborné literatury:

1. COOPER, Carol a Katy HYMAS, 2013. Dvojčata: praktický a povzbudivý průvodce těhotenstvím, porodem a prvním rokem života dvojčat. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2102-0.
2. DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.
3. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2015. Neonatologie. 2., upravené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.
4. RULÍKOVÁ, Klára, 2008. Dvojčata: [péče o děti, jejich zdravý vývoj a výchova]. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2113-9.
5. RULÍKOVÁ, Klára, 2009. Co nevíte o dvojčatech. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-613-1.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **20. června 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. května 2019

Mirka Benešová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost a cenné rady, dále za poskytnuté konzultace a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Velký dík patří rovněž rodinám nedonošených dvojčátek za jejich čas, ochotu a spolupráci při nahrávání rozhovorů a za poskytnuté materiály. Děkuji své kolegyni Mgr. Boženě Schvach Vašinové za anglický překlad. V neposlední řadě děkuji své rodině, a přátelům za podporu ve studiu a svým synům za inspiraci k napsání této bakalářské práce na výše uvedené téma.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou rodin s nedonošenými dvojčaty. Jejím cílem je zjistit jednak míru informovanosti rodin a jednak pojmenovat úskalí péče, která tyto rodiny provázela po narození dětí, zejména v prvním roce života až do současnosti. Tomu je podřízena i struktura práce. Teoretická část zahrnuje problematiku vícečetných těhotenství a zvláštnosti péče o nedonošené dítě v prvním roce života, včetně rizik souvisejících s nedonošeností. Výzkumná část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního šetření. Polostrukturované rozhovory s matkami dvojčat, v jednom případě doplněné otcem dvojčat, byly koncipovány se zaměřením na jejich informovanost, názory, zkušenosti, pocity, prožívání a následnou péči o jejich nedonošené děti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dvojčata, nedonošenost, neonatologie, vícečetné těhotenství, vícčata

TITLE

Medical and social aspects of caring for premature infants in families with twins particularly in their first year of life

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the issues of the families that take care of premature twins. The bachelor thesis main aim is to define the difficulties and main obstacles that families treating premature twins have to overcome, primarily in the first years of their lives up to the present. The theoretical part includes the problem of multiple pregnancies and specific of premature infants' care in the first years of their life, including risk factors that are associated with preterm births. The practical part is processed as the qualitative research. The interviews with the twins' mothers and in one case twins' father were closely focused on parental awareness, experience and their inner feelings that are closely related to the childbirth and follow - up treatment of premature infants.

KEYWORDS

Twins, preterm births, neonatology, multiply pregnancies, multiply deliveries

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Výzkumné otázky.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Dvojčata.....	14
2.1.1 Typologie dvojčat.....	14
2.1.2 Redukce vícečetných těhotenství.....	15
2.2 Rizika vícečetných těhotenství.....	16
2.3 Porod dvojčat.....	17
2.3.1 Vaginální porod.....	19
2.3.2 Porod císařským řezem.....	19
2.4 Nedonošený novorozenec.....	20
2.4.1 Poruchy poporodní adaptace.....	22
2.4.2 Výživa nezralého novorozence.....	23
2.4.3 Kojení dvojčat.....	25
2.5 Sociální prostředí.....	26
2.5.1 Rodinné zázemí a nejčastěji řešené oblasti.....	26
2.5.2 Finanční státní podpora rodin.....	28
2.5.3 Podpůrné skupiny pro rodiče nedonošených dětí a víceročet v ČR.....	28
3 Výzkumná/průzkumná část.....	30
3.1 Metodika výzkumu.....	30
3.2 Žena.....	32
3.3 Rodina.....	48
3.3.1 Členové rodiny.....	48
3.3.2 Zdravotní obtíže a kontroly nedonošených dětí.....	52
3.3.3 Režim rodiny.....	56

3.3.4	Materiální zabezpečení rodiny.....	61
3.4	System.....	63
4	Diskuze	73
4.1	Jaké jsou zkušenosti matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života? Jaké pocity zažívaly a s čím se nejčastěji potýkaly?	73
4.2	Jak narození dvojčat ovlivnilo rodinu respondentek?.....	74
4.3	Jaké jsou potřeby matek (rodin) během hospitalizace dětí a v běžném životě?.....	74
5	Závěr	76
6	Použitá literatura	78
7	Přílohy.....	81

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Soubor respondentů	31
Tabulka 2 - Údaje o porodní hmotnosti dvojčat, způsobu početí a porodu	56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorders
CA	Celková anestezie
CPAP	Continuous positive airway pressure
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DDRS	Dětský denní rehabilitační stacionář
EA	Epidurální anestezie
IMP	Intermediární péče
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MHD	Městská hromadná doprava
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RDS	Respiratory distress syndrome
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

V ČR jsou dostupné statistické záznamy o porodech vícčetat již od roku 1925. Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) ve svém měsíčníku *Statistika & My* (2016) uvádí, že porody vícčetat jsou do roku 1947 označovány jako „porody blíženců“. ČSÚ (2018) zveřejnil na svých stránkách údaje o porodech vícčetat od roku 1950 do roku 2017. Dle Rulíkové (2009) se v minulosti pravděpodobnost výskytu přirozených vícečetných těhotenství řídila dle Hellinsova pravidla, podle kterého byla frekvence výskytu dvojčat 1:80, 1:80² pro trojčata a 1:80³ pro čtyřčata. S rozvojem reprodukční medicíny se však počet vícečetných porodů v ČR významně zvyšoval a nejvíce vícčetat se narodilo od roku 1995 do roku 2010. V současnosti vícečetných porodů opět ubývá, a to nejen kvůli celkovému poklesu porodnosti, ale i díky změnám v legislativě, podmínky asistované reprodukce jsou upraveny novelou zákona o zdravotních službách od roku 2012 (*Statistika & My*, 2016).

Rulíková (2008) uvádí jako nejčastější komplikaci vícečetných těhotenství předčasný porod, až 50 % všech dvojčat bývá narozeno před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Péče o vícčetata je tedy náročná nejen ze strany zdravotních a psychosociálních aspektů, ale také po stránce ekonomické. V ČR se od roku 2013, kdy se narodila první česká paterčata, diskutovalo o možném navýšení rodičovského příspěvku pro rodiče vícčetat. Teprve v roce 2017 se ministři pro lidská práva JUDr. Janu Chvojčkovi podařilo prosadit pozměňovací návrh v rámci novely zákona o státní sociální podpoře (Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, 2017).

K napsání této bakalářské práce mě přiměla moje vlastní i profesní zkušenost s péčí o nedonošená dvojčata, na jejímž základě jsem přemýšlela o tom, jak je v ČR nastavena úroveň péče o tyto děti, zda kromě zdravotní péče existuje i funkční psychosociální podpora těchto rodin a také co všechno rodiče nedonošených vícčetat prožívají.

Cílem práce bylo zjistit zkušenosti a pocity matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života, tedy zjistit, jak jejich narození ovlivnilo rodinu respondentek a následně definovat potřeby těchto rodin během hospitalizace dětí, ale i v běžném životě. Práce je koncipována jako kvalitativní šetření a zvolenou metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce bylo zjistit zkušenosti a pocity matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života, tedy zjistit, jak jejich narození ovlivnilo rodinu respondentek a následně definovat potřeby těchto rodin během hospitalizace dětí, ale i v běžném životě.

1.1 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou zkušenosti matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života?
Jaké pocity zažívaly a s čím se nejčastěji potýkaly?
- 2) Jak narození dvojčat ovlivnilo rodinu respondentek?
- 3) Jaké jsou potřeby matek (rodin) během hospitalizace dětí a v běžném životě?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Dvojčata

Dvojčata (latinsky geminy) jsou podle Rulíkové (2009, s. 13) „*dva jedinci narození jedné matce během jednoho porodu.*“ Cooper a Hymas (2013) uvádějí, že výskyt vícečetných těhotenství bývá častější u matek, u nichž se dvojčata vyskytla v blízkém příbuzenstvu, a to především z jejich strany. Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) ve svém měsíčníku Statistika & My (2016) uvádí, že porody vícerčat jsou do roku 1947 označovány jako „porody blíženců“. ČSÚ (2018) zveřejnil na svých stránkách údaje o porodech vícerčat od roku 1950 do roku 2017 (viz Příloha A). Vyšší pravděpodobnost početí dvojčat je rovněž u matek nad 35 let, vícerodiček a také při léčbě poruch plodnosti, kterými jsou například indukce ovulace a in vitro fertilizace (dále jen IVF), zejména při přenosu více embryí. Ostatní faktory jako zeměpisná poloha, tělesná konstituce ženy a její celková plodnost jsou méně významné.

2.1.1 Typologie dvojčat

Rozeznáváme dva typy dvojčat:

- Jednovaječná (identická, též monozygotní), vznikají oplodněním jednoho vajíčka (zygoty), které se záhy rozdělí (Cooper, Hymas, 2013).
- Dvojvaječná (neidentická, též dizygotní), vznikají oplodněním dvou různých vajíček uvolněných při jedné ovulaci (Cooper, Hymas, 2013).

Dle Rulíkové (2009) bývají jednovaječná dvojčata zastoupena v 25 % z celkového počtu všech dvojčat a mají vždy stejné pohlaví a stejnou genetickou informaci, například krevní skupinu, tělesnou konstituci. Přestože mají totožnou deoxyribonukleovou kyselinu (dále jen DNA), nemají ani takto zdánlivě stejní jedinci totožné otisky prstů či kresbu duhovky (Cooper, Hymas, 2013). Dvojvaječná dvojčata bývají zastoupena v 75 % z celkového počtu dvojčat a jsou buď stejného, nebo různého pohlaví (Rulíková, 2009).

Jednovaječná dvojčata vznikají z jednoho vajíčka a mohou mít společnou placentu a v některých případech i společnou amniální dutinu (Macků, Čech, 2002). Pokud k rozdělení vajíčka v průběhu embryonálního vývoje dojde do třetího dne po oplození, může mít každé z dvojčat svoji placentu nebo je placenta společná a každý plod má vlastní vnitřní i vnější plodový obal.

Při rozdělení vajíčka mezi čtvrtým až osmým dnem po oplození mají dvojčata pouze jednu placentu, jeden vnější plodový obal a oddělují je dvě vnitřní plodové blány. Při rozdělení vajíčka mezi devátým až dvanáctým dnem po oplození se dvojčata vyvíjejí v jedné dutině a mají společnou placentu i oba plodové obaly (Zwinger, 2004).

Dvojvaječná dvojčata jsou častějším typem dvojčat a vyvíjejí se současně ze dvou vajíček. Každé z dvojčat má svou placentu a fetoplacentární oběh (Macků, Čech, 2002). Rulíková (2009) uvádí mimo výše zmíněného rozdělení dvojčat dalších deset nejzvláštnějších a nejvzácnějších typů dvojčat, jako jsou Siamská dvojčata (spojená), samostatně počatá dvojčata (dodatečné oplodnění), dvojčata s různými otci (superoplození), poloidentická dvojčata, chlapec a děvče jako jednovaječná dvojčata, zrcadlová dvojčata, parazitická dvojčata, poloidentická dvojčata, dvojčata s rozdílnými daty narození a dvojčata rozdílných ras.

2.1.2 Redukce vícečetných těhotenství

Člověk, na rozdíl od jiných savců není anatomicky uzpůsoben pro vícečetná těhotenství. S rozšířením metod asistované reprodukce stoupá počet dvojčetných a vícečetných těhotenství, čímž stoupají rizika pro matku i jednotlivé plody, a to zejména riziko potratu nebo předčasného porodu. Redukcí plodů je možné tato rizika snížit a zvýšit šanci porodit jedno či dvě zdravé děti (Rulíková, 2009). Při redukci trojčetného či vícečetného těhotenství se snižuje počet plodů maximálně na dva. Redukce se provádí na konci prvního trimestru, a to většinou mezi 11. a 12. týdnem těhotenství (Pro lékaře, 2008).

Pokud je potvrzeno vícečetné těhotenství, obvykle nebývá mnoho času na rozhodnutí o provedení redukce a zvážení všech jejích rizik, včetně vyrovnání se se ztrátou nenarozených dětí (Rulíková, 2009).

K zániku plodů může dojít rovněž spontánní redukcí, a to nejčastěji v prvním trimestru. Pokud k zániku dojde v pokročilejším těhotenství, bývají příčinou vývojové vady plodu. Plod, který v děloze odumře, je mumifikován a porodí se s placentou po porodu živého plodu (Zwinger, 2004).

2.2 Rizika vícečetných těhotenství

Jednočetné těhotenství končí porodem obvykle ve 40. týdnu, pokud je však těhotenství vícečetné, zkracuje se úměrně k počtu plodů v děloze i jeho délka. Dvojčata se obvykle rodí kolem 37. týdne těhotenství, trojčata ve 33. týdnu a čtyřčata již ve 29. týdnu těhotenství (Zwinger, 2004). Vícečetná těhotenství bývají riziková pro těhotnou ženu i plod, a proto vyžadují zvýšenou perinatální péči (Rulíková, 2009).

Rulíková (2008) uvádí jako nejčastější rizika vícečetných těhotenství následující:

- Předčasný porod – postihuje až 50 % všech dvojčetných těhotenství a bývá největším a nejčastějším rizikem vícečetných těhotenství.
- Nízká porodní hmotnost – novorozenec pod 2500 g je označován jako dítě s nízkou porodní hmotností. Příčinou může být opoždění nitroděložního růstu a transfúzní syndrom.
- Opoždění nitroděložního růstu – dochází k němu nejčastěji v posledním trimestru, a to buď u jednoho, či obou dvojčat, a lze ho včas odhalit pomocí ultrazvukových vyšetření.
- Transfúzní syndrom – nastává převážně u jednovaječných dvojčat, majících jednu placentu a společně se vyvíjejících v jednom plodovém obalu, kdy jedno z dvojčat vyživuje druhé na úkor sebe a stává se chudokrevným a podvyživeným. Při pozdním odhalení končí úmrtím plodu.

Cooper a Hymas (2013) jako další možné komplikace uvádějí:

- Krvácení – je komplikací ze strany matky, nejčastěji se vyskytuje v prvním trimestru, a to až třikrát častěji než u jednočetné gravidity. Jeho závažnost by měl posoudit lékař, který provede ultrazvukové vyšetření.
- Vysoký krevní tlak a preeklampsie – závažná a častější komplikace dvojčetných těhotenství, která ohrožuje matku i plody na životě. Důležité je její včasné rozpoznání a diagnostika, ke které patří posouzení krevního tlaku a vyšetření vzorku moči a otoků.
- Těhotenský diabetes – diagnostika se provádí pomocí orálního glukózového tolerančního testu. Po porodu obvykle odezní.

V poporodním období se také může vyskytnout řada duševních poruch, nejčastěji se vyskytují úzkostné poruchy a poporodní deprese, ale také poporodní psychózy, které mohou ohrozit život matky i dítěte. Poporodní psychóza není v současnosti odborníky vnímána jako samostatné onemocnění, ale jako manifestace akutní nebo dříve vzniklé bipolární afektivní poruchy či schizofrenie v šestinedělí. Posttraumatická stresová porucha (PTSD), která se řadí mezi úzkostné poruchy, vzniká právě následkem předčasného porodu, komplikovaného porodu nebo perinatálních komplikací. K jejímu rozvoji může dále přispět také bolest, pocit bezmoci, ztráta kontroly, nedostatek podpory z blízkého okolí, kvalita perinatální péče a komunikace s ošetřujícím personálem.

Mezi typické příznaky PTSD patří vyhýbání se situacím, které traumatickou událost způsobily. Žena se tak může vyhýbat novorozenci, vlastním dětem nebo sexuálnímu životu s partnerem a stranit se kontaktu s jinými ženami a dětmi. Dalšími příznaky PTSD jsou vzpomínky na událost, noční můry, nespavost, emoční otupělost, podrážděnost, úzkost či deprese (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015).

Humpl, Prokop a Tobiášová (2013) popisují PTSD jako prodlouženou či zpožděnou reakci na stresovou událost, tedy traumatizující událost přesahující adaptační mechanismy jedince. PTSD se projevuje a rozvíjí do šesti měsíců po události a její následky lze zmírnit poskytnutím včasné intervence.

2.3 Porod dvojčat

Předčasný porod postihuje asi 8–10 % jednočetných těhotenství, u vícečetných těhotenství se před ukončeným 37. týdnem těhotenství rodí až 50 % dvojčat (Zwinger, 2004). V roce 2004 se předčasný porod týkal asi 6 % všech porodů, v roce 2014 dosáhl hodnoty 8,5 % všech porodů a vzhledem ke stoupající tendenci lze v příštích letech očekávat jejich další nárůst (Janáčková, Kantor, 2015).

V počátcích předčasného porodu se matce podávají léky k utlumení děložních kontrakcí, aby jí mohly být podány kortikoidy, léky podporující zrání plic u nedonošence. V případě zjištěné infekce se podává současně antibiotická terapie (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

Janáčková a Kantor (2015) popisují několik stádií předčasného porodu:

1. Hrozící předčasný porod.
2. Začínající předčasný porod – v případě, že je zaniklé děložní hrdlo a branka je větší než 3 cm. Jestliže jsou přítomny kontrakce, nedá se i přes léčbu většinou porodu zabránit.
3. Probíhající předčasný porod – pokud pokračuje otevírání porodních cest, může odtékat plodová voda a velké části plodu vstupují do porodních cest.
4. Předčasný odtok plodové vody – odtok plodové vody bez stahů dělohy je začátkem předčasného porodu.

Dort, Dortová a Jehlička (2015) jako nedonošeného či nezralého novorozence označují dítě narozené před dosažením hranice donošenosti, tedy 37týdnů + 0 dnů a méně. V České republice se v minulosti zahajovala péče o novorozence od 28. týdne těhotenství nebo o novorozence s porodní hmotností nad 1000 gramů. Díky rychlému rozvoji neonatologie je od roku 1994 stanovena hranice životaschopnosti a péče o nezralé děti se zahajuje od 24. týdne těhotenství nebo u dětí s porodní hmotností nad 500 gramů. Tato hranice však není ve světě jednotná, záleží na socioekonomických, kulturních, náboženských a právních podmínkách dané země (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

System péče o těhotné a novorozence v České republice je třístupňový: běžné porodnice (dětí nevyžadující intenzivní péči), intermediární oddělení (od 32. gestačního týdne a nad 1500 gramů) a perinatologická centra (viz Příloha B) poskytující vysoce specializovanou péči o těhotné a nezralé novorozence od 24. týdne těhotenství. V ČR máme dvanáct těchto pracovišť a bývají součástí krajských či fakultních nemocnic (Janáčková, Kantor, 2015). Dort, Dortová a Jehlička (2015) doporučují vedení porodu nezralého novorozence na pracovišti, jehož součástí je jednotka novorozenecké intenzivní péče. Pokud je předpokládána porodní hmotnost dítěte pod 1500 gramů, pak se doporučuje porod směřovat výhradně do některého z perinatologických center (viz Příloha B).

Porod dvojčat je tedy rizikový, proto by si žena měla zvolit dobře vybavenou porodnici, pokud možno s jednotkou intenzivní péče (dále jen JIP) s ohledem na riziko předčasného porodu a nízkou porodní hmotnost dětí. Další možností je převoz dětí na specializované pracoviště po porodu, ale to sebou nese další rizika a také odloučení, což pro matku ani děti není příznivé (Rulíková, 2008).

Vícečetné porody začínají často odtokem plodové vody, kontrakce bývají slabé z důvodu nadměrného roztažení dělohy a délka druhé doby porodní je ovlivněna velikostí a uložením plodů (Macků, Čech, 2002). Způsob vedení porodu dvojčat se v jednotlivých porodnicích liší, některé preferují vaginální porod před císařským řezem, ale konečné rozhodnutí o způsobu porodu je vždy na lékaři. Někdy se o nutnosti provedení císařského řezu rozhodne až v průběhu porodu (Rulíková, 2008).

2.3.1 Vaginální porod

Tento způsob je možný téměř vždy, pokud porod nastane v termínu a dvojčata jsou uložena v poloze hlavičkami dolů (Rulíková, 2008). Pokud první dvojče leží hlavičkou dolů a druhé koncem pánevním, není vždy jednoznačné, zda vaginální porod bude možný (Cooper, Hymas, 2013).

Normální porod probíhá spontánně nebo je vyvolán uměle (Rulíková, 2008). Cooper a Hymas (2013) uvádí, že indukovaný porod se zvolí v případě, že neproběhne spontánně do 38. týdne těhotenství a Rulíková (2008) ho také zmiňuje v případě opožděného nitroděložního vývoje a při vysokém krevním tlaku.

Při normálním porodu se druhé z dvojčat rodí 8 až 10 minut po prvním, tato doba by neměla přesáhnout 20 minut. Při tomto způsobu vedení porodu může být první z dvojčat ohroženo krvácením do mozku, z důvodu zvýšeného tlaku na hlavičku a druhé z dvojčat je ohroženo nedostatkem kyslíku, protože již v průběhu porodu prvního plodu je vystaveno intenzivním děložním stahům (Rulíková, 2008).

2.3.2 Porod císařským řezem

Císařským řezem se rodí více než polovina dvojčat a je buď plánovaný nebo akutní (Cooper, Hymas, 2013). Císařský řez probíhá v celkové anestezii (dále jen CA) nebo v epidurální anestezii (dále jen EA), při které je znecitlivěna pouze dolní polovina těla a matka je při vědomí, může tak ihned po porodu vidět své děti, a ještě na sále je přiložit k prsům, čímž se podpoří nástup laktace (Rulíková, 2008).

Císařský řez se volí vždy, pokud je jedno z dvojčat v příčné poloze, také pokud je první dvojče v poloze koncem pánevním a druhé z dvojčat hlavičkou dolů nebo v případě vážného opoždění nitroděložního vývoje. Dále se císařský řez většinou volí v případě zjizvené dělohy, při předčasném porodu a u porodu obou dvojčat koncem pánevním (Rulíková, 2008).

2.4 Nedonošený novorozenec

Ke všem adaptačním procesům dochází v prvních třech hodinách po narození. Poporodní adaptace novorozence je dána především předchozím nitroděložním vývojem plodu, průběhem porodu a týdnem těhotenství při narození.

Časný adaptační proces trvá 5. až 15. minut po narození a hodnotí dýchání, srdeční frekvenci, barvu kůže, svalové napětí a odpověď na podněty v 1., 5. a 10. minutě po narození, dle schématu nazývaného Apgar skóre (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Dort, Dortová a Jehlička (2015) uvádějí, že hlavní úkoly poporodní péče zahrnují: péči k udržení tělesné teploty novorozence, monitorování jeho fyziologických funkcí ke sledování stavu poporodní adaptace, šetrné ošetřování včetně vhodného polohování, oxygenoterapii a ventilační podporu, dále podporu krevního oběhu, podání parenterální a později i enterální výživy.

Po porodu jsou miminka podle stupně nezralosti a poruchy poporodní adaptace hospitalizována buď na jednotce intenzivní péče (JIP), nebo na oddělení intermediární péče (IMP), pokud se nezralé miminko narodí v běžné porodnici, musí být na toto specializované pracoviště co nejdříve převezeno (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009). Veškeré vybavení JIP a IMP má za úkol nahradit nezralému dítěti podmínky, které mělo v děloze, a umožnit mu odpovídající vývoj (Janáčková, Kantor, 2015). Další důležitou podmínkou je zajistit dítěti maximálně možné sterilní prostředí, protože nezralý novorozenec je velmi náchylný k infekcím (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Nezralé dítě se překládá z inkubátoru do postýlky, pokud je dechově a oběhově stabilní a jeho hmotnost je kolem 2000 gramů. Pokud má dítě problémy s udržením teploty a má nižší hmotnost, dává se do postýlky s vyhřívanou podložkou. Pokud je dítě v postýlce, měří se mu tělesná teplota dvakrát denně a součástí postýlky je rovněž deskový monitor ke sledování dechu (Dort a kol., 2011).

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je vybavena množstvím přístrojů, které mají za úkol nahradit nezralému miminku stabilní a bezpečné prostředí, které mělo v děloze. Základem je inkubátor, zajišťující stálé prostředí a ochranu miminka před infekcí, dále monitory, přístroje pro podporu dýchání (oxygenoterapie, nasální CPAP, umělá plicní ventilace) a dávkovače léků, které umožňují kontinuální podávání léků či nitrožilní výživy.

Přístroje jako pojízdný rentgen a ultrazvukový přístroj jsou pak potřebné k diagnostice případných problémů nedonošených dětí (Janáčková, Kantor, 2015).

Na JIP se kromě diagnostické a terapeutické péče stále rozvíjí poskytování péče zaměřené na vývoj, která poskytuje maximální možný komfort pro nedonošeného či nemocného novorozence. Do této péče zahrnujeme pět oblastí: ochranu spánku a behaviorálních stavů dítěte, hodnocení a způsob léčby bolesti a stresu, denní aktivity zaměřené na vývoj, péči zaměřenou na rodinu a léčebné prostředí (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015).

V České republice zatím není propracovaný systém péče zaměřený na rodinu rizikového novorozence, jsou pouze dílčí snahy o péči podporující raný kontakt rodiče s dítětem například formou hlazení, masáží, mluvení na dítě či klokánkování (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015). Klokánkování je metoda sloužící k podpoře vzájemné vazby, při níž je nahý novorozenec přiložen kůží na kůži na hrudník matky či otce. Tento kontakt přispívá ke snížení zdravotních komplikací u dítěte, ke stabilizaci fyziologických funkcí, a to i v případě, že je miminko na umělé plicní ventilaci. Metoda rovněž přispívá ke zlepšení laktace a psychického stavu matky. (Janáčková, Kantor, 2015).

Od roku 2014 poskytuje Novorozenecké oddělení Fakultní nemocnice Olomouc možnost sledování dětí pomocí webkamer rodičům, kteří nemohou být fyzicky přítomni u svého dítěte. Rodiče mají také možnost vytvořit audionahrávku svého hlasu, která je dítěti přehrávána dvakrát denně v rámci muzikoterapie (Fakultní nemocnice Olomouc, 2019). Kamerový systém byl postupně zaveden i do dalších nemocnic v České republice, nejprve do Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a od roku 2018 také na Novorozenecké oddělení s JIRP Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol (Fakultní nemocnice v Motole, 2018).

Ve vyspělých západních státech je snaha o poskytování individualizované ošetrovatelské péče, která umožní matce i dalším členům rodiny pečovat o nedonošené děti od samotného začátku se zachováním co největšího soukromí. Systém takovéto péče přináší rodičům větší psychickou pohodu a podporuje rychlejší zlepšování zdravotního stavu dětí. V České republice je tento způsob péče možný pouze ve výjimkách, plošně je zatím neuskutečnitelný z důvodu nutnosti organizačních změn a vysokých finančních nákladů.

Některá pracoviště v ČR umožňují společný pobyt matky s dítětem na oddělení před propuštěním dítěte do domácí péče, což by mělo být standardem, aby pak matka lépe zvládala péči o dítě v domácím prostředí. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015).

2.4.1 Poruchy poporodní adaptace

První týden po narození je pro nezralého novorozence z hlediska rozvoje komplikací nejrizikovější, může dojít ke krvácení do komorových prostor v mozku, další vážnou komplikací je periventrikulární leukomalacie, jedná se o poruchu v prokrvení mozku, která se může objevit i před porodem, a jejím důsledkem bývá dětská mozková obrna, je obávanou, ale dnes naštěstí ne příliš častou komplikací (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Cooper a Hymas (2013) uvádějí, že krvácení do mozkových komor se většinou vyskytne u porodů do 32. týdne těhotenství.

Některé velmi nezralé děti potřebují po narození dechovou podporu či inhalaci kyslíku (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009). Nezralost plic může vést k syndromu dechové tísně (RDS) a následně k rozvoji chronické plicní nemoci (Dort, Dortová, Jehlička, 2015). Takoví novorozenci jsou na ventilační dechové podpoře a je jim podáván surfaktant, což jim umožní rozpínání plic a příjem kyslíku (Cooper, Hymas, 2013). Nejpozději koncem prvního týdne se u těchto dětí začínají projevovat apnoické pauzy, které bývají nejčastěji způsobeny nezralostí dýchacích center v mozku a také zahleněním dýchacích cest, protože nezralé děti nemají kašlací reflex (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Oběhová nestabilita u nezralého novorozence se může projevit hypotenzí, sníženým prokrvením orgánů nebo je příčinou přetrvávající Botalova dučeje (Dort, Dortová, Jehlička, 2015). Otevřená tepenná dučej je neuzavření spojky mezi malým a velkým krevním oběhem, ke kterému jinak dochází fyziologicky po porodu. Vede nejen k oběhové nestabilitě, ale rovněž k dechové nedostatečnosti. Spojku lze uzavřít farmakologicky nebo chirurgickou léčbou (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Porod do 32. týdne těhotenství také může přerušit vývoj krevních cév a nezralost cév sítnice pak vede k retinopatii nedonošených (Cooper, Hymas, 2013). Vznik retinopatie nedonošených bývá způsoben nezralostí tkání a toxicitou kyslíku při oxygenoterapii, stejně jako u bronchopulmonální dysplazie (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

Nezralý novorozenec je v průběhu hospitalizace nejvíce ohrožen infekcí, a to z důvodu nutnosti provádění některých invazivních výkonů, jako je například zavádění kanyl, sond (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009). Infekci může získat též přenosem od matky (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

U nezralých dětí se běžně vyskytuje anémie a díky nezralosti jater může být delší průběh novorozenecké žloutenky (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009). Dort, Dortová a Jehlička (2015) zmiňují také nezralost gastrointestinálního traktu, kde hrozí rozvoj nekrotizující enterokolitidy, nezralost ledvin, metabolické problémy a poruchy termoregulace.

2.4.2 Výživa nezralého novorozence

Po předčasném porodu se mateřské mléko začíná tvořit samovolně a je zejména zvýšeným množstvím bílkovin odlišné od mléka, které se tvoří po porodu v termínu. Mateřské mléko posiluje imunitu nezralého novorozence a podílí se na správném osídlení trávicího traktu, důležitého pro obranyschopnost celého organismu (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009). Nástup laktace po porodu je děj fyziologický, ale matka se musí kojení naučit, což by mělo být, obzvláště na úsecích intenzivní péče významnou součástí pracovní náplně sester (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

V případě, že novorozenec po předčasném porodu není schopen se přisát k prsu, je nutné začít prsy co nejdříve stimulovat odsáváním v pravidelných intervalech z důvodu rozvoje a následného udržení laktace (Janáčková, Kantor, 2015).

Kojení je přirozeným způsobem výživy novorozenců a kojenců. WHO kojení doporučuje jako jediný způsob výživy do 6 měsíců věku. U dětí s pozitivní rodinnou alergickou anamnézou je na doporučení Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu podávána výhradně mléčná strava do 4 měsíců věku a od 4 do 6 měsíců je zaváděna nemléčná porce (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

K zahájení kojení nedonošeného dítěte je potřeba dosáhnout nejprve určitého stupně zralosti důležitých fyziologických mechanismů, zejména udržení tělesné teploty, stabilní ventilace a cirkulace a také koordinace mechanismů dýchání a polykání.

Než je možné zahájit kojení, je pro potřeby nedonošeného novorozence nejvhodnější výživou fortifikované mateřské mléko, které je doplněné o bílkoviny, vitamíny a minerály (Dort a kol., 2011).

Mlezivo a mateřské mléko má pro předčasně narozené dítě ještě větší užitek než pro zdravé dítě, a to především pro jeho imunitu, dýchací cesty a trávicí trakt. Zpočátku je možné podávat mlezivo a mateřské mléko například sondou, protože některé děti nejsou schopné pít z prsu samy (Weigert, 2006).

Dokoupilová, Fišárková a Novotná (2009) uvádí následující způsoby krmení nezralých novorozenců:

- Krmení sondou – u dětí narozených před 34. týdnem těhotenství. Sonda je nosem či ústy zavedena do žaludku miminka a zpočátku se tím vyřeší problém koordinace sání, polykání a dýchání.
- Krmení stříkačkou – obvykle u dětí narozených od 30. týdne těhotenství. Používá se u dětí při přechodu mezi sondováním a kojením, dítě musí být stabilní, bez dechových obtíží. Podle zralosti a zdravotního stavu miminka lze vyzkoušet i jiné přechodné způsoby krmení, např. krmení lžičkou či sondou přilepenou na prst.
- Kojení – děti narozené ve 29. až 30. týdnu těhotenství jsou již obvykle schopné sát z prsu, ale vážne u nich většinou koordinace mezi sáním, polykáním a dýcháním. Tato koordinace dozrává zhruba kolem 33. týdne od početí.

Pokud se vyskytnou kontraindikace kojení či není možné zahájit a udržet kojení, jsou děti převáděny na umělou výživu (Dort, Dortová, Jehlička, 2015). Děti do 31. týdne od početí jsou krmeny cizím pasterizovaným mateřským mlékem a dále bývají převáděny na umělou výživu. Lehce a středně nezralé děti obvykle dostávají běžné formule umělé výživy určené pro donošené děti. Extrémně a těžce nezralé děti se po dosažení 31. týdne od početí převádějí na speciální formule umělé výživy určené pro nedonošené děti (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

Formule určené pro výživu novorozenců a kojenců se připravují úpravou kravského mléka tak, aby se jeho složení co nejvíce přiblížilo mateřskému mléku (Dort, Dortová, Jehlička, 2015).

2.4.3 Kojení dvojčat

Dvojčata je možné krmit dohromady, případně každé zvlášť. Krmení dohromady je doporučeno jako výhodné z hlediska úspory času a nastavení společného režimu pro obě děti, vyžaduje však zručnost a vytrvalost. Oddělené krmení je časově náročnější, ale je možné se každému dítěti věnovat zvlášť a střídát pořadí dětí při krmení. Zpočátku je vhodné dětem prsy při krmení střídát z důvodu rovnoměrné stimulace mléka, později je možné každé z dvojčat přivyknout na jedno prso (Cooper, Hymas, 2013).

Rulíková (2008) doporučuje použít ke kojení kojící polštář, najít si pohodlnou polohu a místo ke kojení (pohovka, křeslo, postel, podlaha) a vzít v úvahu, zda se děti chtějí nebo snesou se vzájemně dotýkat.

Možné polohy pro kojení dvojčat jsou:

- Boční fotbalové držení – hlavičky obou dětí drží matka v dlaních u prsou a pod své ruce si může do klína podložit polštář. Tělíčka a nožičky dětí směřují vpravo a vlevo od sebe.
- Polohu do kříže – hlavičky a trup dětí leží na předloktí, které má matka podložené polštářem nebo na opěradle křesla a nožky obou dětí směřují do jejího klína.
- Paralelní tandemovou polohu – každé z dětí sedí na jednom stehně matky jakoby za sebou a obličej mají otočené k jedné straně. Poloha je vhodná hlavně u větších dětí.

Rulíková (2008) zmiňuje, že matky dvojčat mívají často výčitky, že se každému z dětí dostatečně nevěnují a doporučuje, že právě kojení je příležitost, kdy si matka a dítě mohou být vzájemně blíží, a to i pokud kojí obě děti současně. Pro úspěšné kojení dvojčat matkám doporučuje zahájit kojení již v porodnici, posílit důvěru ve své schopnosti (obzvláště v období spurtu), pravidelně se stravovat, odpočívat a vyhýbat se stresu, zkusit dvojčata kojit současně (stimulace tvorby mléka), vyhledat jinou matku, která svá dvojčata kojí, případně kontaktovat Klub dvojčat a vícercát a při problémech některou z laktačních poradkyň v okolí, jejichž seznam by měla poskytnout každá porodnice, případně ho lze vyhledat na webových stránkách Laktační ligy.

2.5 Sociální prostředí

Nedonošenost a předčasný porod nejsou pouze problémem zdravotním, který se týká matky a dítěte, ale jsou složitým celospolečenským problémem, který zasahuje širokou rodinu, příbuzné, odbornou i laickou veřejnost (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

2.5.1 Rodinné zázemí a nejčastěji řešené oblasti

Narození vícero dětí může v rodině způsobit rozporuplné pocity, velký stres stejně jako vzrušující radost (Cooper, Hymas, 2013). Aby rodina dobře plnila svoji funkci, je důležitá komunikace mezi rodiči, sdílení myšlenek, úkolů a zejména aktivní zapojení otce v péči o děti. Než se v rodině s dvojčaty zaběhne režim, který bude všem vyhovovat, může to trvat i několik dní. Největším problémem bývá sladit noční krmení s dostatečným spánkem obou rodičů. Otec dětí může být matce nápomocný například při přebalení dětí nebo je může donést matce ke kojení. V případě, že jsou děti krmené z láhve, je může nakrmit před usnutím nebo ráno před odchodem do práce. Zejména zátěžové jsou situace, kdy jsou děti nemocné, mrzuté nebo mají koliku. Pokud otec chodí do práce, má na rozdíl od matky možnost úniku od denního stereotypu a také možnost jiných sociálních kontaktů, není pak neobvyklé, že po návratu z práce mu matka předává děti, protože potřebuje sama změnu, kterou jí paradoxně poskytnou například nákupy či zařizování jiných záležitostí (Rulíková, 2009).

V případě, že matka vychovává z nějakého důvodu dvojčata sama, Cooper a Hymas (2013) doporučují kontaktovat podpůrné skupiny, zejména v prvních týdnech po porodu a využít pomoc například ze strany příbuzných a přátel.

Sourozenci dvojčat vždy potřebují zvláštní pozornost, je rozdílná situace, zda se jedná o mladšího či staršího sourozence dvojčat. Pokud se do rodiny s dvojčaty narodí další dítě, nebývá výrazný problém obvyklé sourozenecké žárlivosti, protože dvojčata jsou zvyklá se již od narození o rodiče dělit, nicméně dvojčata mezi sebe mladšího sourozence nemusí pustit. Pokud je sourozenec dvojčat starší, může žárlit, protože rodiče bývají unavení a vyčerpaní péčí o novorozená dvojčata a často nemají sílu se věnovat staršímu dítěti, stejně tak pozornost ostatních lidí a návštěv bývá věnována dvojčatům (Rulíková, 2009).

Praktickou a emoční podporu, zejména v začátcích může matce poskytnout také rodina a přátelé, mohou jí pomoci zejména s domácími pracemi (vaření, praní) nebo při péči o děti, aby si mohla odpočinout.

Pokud jsou v rodině starší sourozenci, mohou je například vzít na procházku, aby se matka mohla věnovat dvojčatům nebo být sama bez dětí. Další praktickou pomocí, kromě rodiny a přátel, bývají profesionální služby (uklízečky, chůvy, aj.), které si rodina může zvolit dle vlastních potřeb a vlastních finančních možností. S výběrem služby a praktickou zkušeností jim mohou pomoci například místní kluby dvojčat (Cooper, Hymas, 2013).

Pokud je dítě nedonošené, dochází při dlouhodobé hospitalizaci dítěte k zátěži širší rodiny. Rodina neví, jak se má zachovat, a její členové zažívají pocity bezmoci, nejistoty a strachu (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015). Matka odchází z porodnice domů dvakrát, poprvé bez dítěte a podruhé s ním. Při odchodu bez dítěte zažívá pocity odloučení, bezmoci a strachu (Janáčková, Kantor, 2015).

Cooper a Hymas (2013) uvádí, že je spousta oblastí, které musí žena po narození dvojčat řešit, například přizpůsobení bydlení či výše zmíněné rodinné vztahy. Po příjezdu z porodnice bývá nutností nejprve zavedení spánkového režimu, což u dvojčat může být v počátcích složitější než v případě jednoho dítěte. Rulíková (2009) také zmiňuje, že pokud žena nemá dostatek spánku, nebo je spánek přerušovaný může být matka dvojčat ve stresu a neuspokojení této základní životní potřeby může vést až k depresím. Rovněž vztah s partnerem a vztah k dětem může být v důsledku spánkového deficitu negativně ovlivněn.

Rulíková (2008) zdůrazňuje, že další frekventované téma, které zpočátku rodiče dvojčat řeší, je výběr vhodného kočárku. U hlubokého kočárku mívají často problém s jeho naložením do výtahu, při uskladnění v bytovém domě, cestování v MHD nebo při přenášení dětí do bytu. Rulíková (2009) tyto obtíže nazývá syndromem kočárkového stresu, který se vyznačuje zejména nemožností projet kdekoliv s kočárem pro dvojčata a také neustále snášet dotazy a reakce na dvojčata od cizích lidí. Cooper a Hymas (2013) doporučují pečlivě zvážit výběr kočárku, ten by se měl odvíjet od způsobu života rodiny a jejích možností. Řeší se například zmiňovaná šířka dveří, výtahu či možnost jeho snadného složení do auta. Kočárky pro dvojčata bývají koncipované za sebou či vedle sebe a jsou různé možnosti otočení korby, vyrábějí se také v terénní úpravě.

2.5.2 Finanční státní podpora rodin

Rodiny s dvojčaty a vícčaty se snadno mohou dostat do složité finanční i sociální situace, což vede k fyzické i psychické zátěži těchto rodin. Donedávna tyto rodiny nebyly téměř nijak zvýhodněny ani na rodičovském příspěvku, oproti rodičům jednoho dítěte, s výjimkou peněžité pomoci v mateřství, která je u jednoho dítěte 28 týdnů a u vícčat 37 týdnů (Rulíková, 2009).

V současné době má rodič nárok na rodičovský příspěvek na nejmladší dítě v rodině, o které celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje, a to až do vyčerpání celkové částky 220 000 Kč, nejdéle do 4 let věku dítěte. V případě, že nejmladším dítětem v rodině jsou dvě a více dětí narozených současně, celková částka činí 330 000 Kč (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018).

Novou dávkou nemocenského pojištění je od 1. února 2018 dávka otcovské poporodní péče, na kterou má otec dítěte nárok v období šesti týdnů ode dne narození dítěte v délce 1 týdne. Výše otcovské dovolené činí 70 % denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Otcovská dovolená náleží jen jednou a pouze jednomu z oprávněných, a to i v případě více dětí narozených současně (Česká správa sociálního zabezpečení, 2018).

Porodné, které bylo jistou kompenzací pro rodiny vícčat, bylo ve své původní podobě zrušeno od ledna 2008 (Rulíková, 2009). V současné době je tato dávka poskytována pouze rodinám s příjmy nižšími, než je 2,7násobek životního minima rodiny, a to pouze dvakrát, při narození prvního nebo druhého živě narozeného dítěte (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018).

2.5.3 Podpůrné skupiny pro rodiče nedonošených dětí a vícčat v ČR

Pro rodiče nedonošených dětí založila PhDr. Daniela Sobotková, CSc. v roce 1996 Klub rodičů a přátel předčasně narozených dětí při Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí. V roce 2006 se tento klub transformoval na občanské sdružení Nedoklubko, pod záštitou MUDr. Lumíra Kantora Ph.D. (primář neonatologického oddělení ve FN Olomouc), a spolupracuje se všemi perinatologickými centry (Nedoklubko, 2017).

Další organizací podporující maminky předčasně narozených dětí jsou Dobrotety, které vznikly v roce 2012 jako klub maminek, koncem roku 2012 vzniknul charitativní projekt, který organizoval materiální sbírky pro neonatologická oddělení v Praze, Plzni a Brně.

V roce 2013 spolek Dobrotety rozšířil svojí charitativní činnost také na kojenecké ústavy, dětské domovy, dětská oddělení nemocnic a azylové domy pro matky s dětmi po celé ČR (Dobrotety, 2019).

Založení prvního Klubu dvojčat a vícčrat ČR v roce 1995 v Praze bylo dle Rulíkové (2009) inspirováno britským sdružením TAMBA, tedy Twins and multiple birth association, které vzniklo v roce 1978 jako Klub dvojčat. Klub dvojčat a vícčrat v České republice byl zprvu občanským sdružením matek dvojčat, které sdílely své zkušenosti s ostatními. Činnost klubu se od roku 1997 postupně rozšířila do 45 měst v celé ČR a v roce 1995 byla založena Českomoravská asociace Klubů dvojčat a vícčrat. Klub dvojčat a vícčrat provozuje od roku 2000 také webové stránky, a to pro matky dvojčat, které nemají klub v dosahu bydliště či se z různých důvodů nemohou účastnit společných akcí. Klub dvojčat a vícčrat spolupracuje také s Laktační ligou a Národním laktačním centrem.

Českomoravská asociace Klubů dvojčat a vícčrat se v roce 2013 transformovala na obecně prospěšnou organizaci pod názvem Klub dvojčat a vícčrat o.p.s. a poskytuje podporu jednotlivým Klubům dvojčat a vícčrat, působí za podpory svépomocných skupin a solidarity v ČR od roku 1995 (Klub dvojčat a vícčrat o.p.s., 2019).

3 VÝZKUMNÁ/PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce je koncipována formou kvalitativního výzkumu. Metodou sběru dat bylo zvoleno interview (Hendl, 2016). Pro tento typ výzkumu jsem záměrně zvolila polostrukturovaný rozhovor, který nebyl řízený z důvodu možnosti větší flexibility. Rozhovory jsem pouze směřovala podle předem zpracované osnovy k rozhovorům (viz Příloha C) s vymezenými oblastmi, což respondentům umožnilo se vyjádřit se ke stejným tématům bez ohledu na sled událostí. Po prvním rozhovoru byla provedena analýza získaných dat s cílem doplnění a zpřesnění osnovy k rozhovorům a vyjasnění strategie pro další rozhovory. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a mluvený projev následně převeden do písemné podoby. Dalším krokem bylo zaslání přepsaných dat respondentům k jejich doplnění, vyjasnění případných nesrovnalostí a následné autorizaci. Data byla dále zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013). Fenomenologický výzkum podle Hendla (2016, s. 101) „*klade důraz na porozumění, jak dva jedinci vnímají určitou zkušenost.*“ Dle doporučení Hendla (2016) jsem text nejprve pročítala a třídila, z čehož vznikly 3 větší významové části: žena, rodina a systém. Zjištěné výsledky jsou zároveň v těchto výše uvedených částech prezentovány. Přímá řeč v interpretaci výsledků byla upravena do spisovné podoby.

K realizaci výzkumu bylo vybráno 5 respondentů, dle předem stanovených kritérií: matky předčasně narozených dvojčat (před ukončeným 36. týdnem těhotenství), bez závažné vrozené vývojové vady z Královehradeckého nebo Pardubického kraje. Kritériem pro výběr bylo rovněž vyjádření písemného či ústního souhlasu s nahráváním rozhovorů, přepisem dat a jejich následným zveřejněním. Respondentky, jejichž dvojčata byla v době výzkumu ve věkovém rozmezí od 8 měsíců do 7 let a devíti měsíců, se přihlásily samy po předchozím oslovení na sociální síti, přesněji na Facebookové skupině Hradecká dvojčátka.

Následující tabulka (Tabulka 1) zobrazuje respondentky – matky dvojčat podle pořadí, v kterém s nimi byly uskutečněny rozhovory, dále dvojčata podle dominance (dvojče A, dvojče B), věk dvojčat v období uskutečnění rozhovorů a délku těhotenství do doby porodu.

Tabulka 1 - Soubor respondentů

Matka	Dvojče A	Dvojče B	Věk dětí v období uskutečnění rozhovorů	Délka těhotenství
Martina	Sebastian	Ariane	1 rok 9 měsíců	35 týdnů + 1 den
Gabriela	Šimon	Štěpán	7 let 9 měsíců	30 týdnů + 3 dny
Soňa	Štěpán	Gabriela	5 let 2 měsíce	34 týdnů + 1 den
Kristýna	Ondřej	Lucie	8 měsíců	29 týdnů + 0 dnů
Renée	Ella	Emma	3 roky 8 měsíců	28 týdnů + 4 dny

Výzkum probíhal od ledna 2017 do března 2017 a zahájení každého rozhovoru předcházela neformální debata s cílem navázat kontakt a získat důvěru respondentek, případně jejich rodinných příslušníků (Hendl, 2016). Dvě respondentky jsem znala z minulosti ze společných setkání dvojčat, jednu respondentku z mateřské školy, kterou společně navštěvovaly naše děti, poslední dvě respondentky jsem znala z minulosti pouze z konverzace na sociálních sítích.

Rozhovory probíhaly v prostředí, které si respondentky zvolily jako jim příjemné. Dva rozhovory proběhly v kavárně bez přítomnosti dětí, dva rozhovory v mateřském centru, z nichž jeden byl za přítomnosti dětí. Poslední rozhovor se uskutečnil v domácím prostředí v přítomnosti otce a dětí. Délka nahrávaných rozhovorů byla od 1,5 hodiny do 2 hodin, pouze jeden z rozhovorů byl delší a trval 2 hodiny a 45 minut, tento rozhovor mi poskytla matka nejmladších dvojčátek, která měla vzhledem k věku dvojčat nejčerstvější zážitky.

Všechny respondentky vyjádřily souhlas s nahráváním rozhovorů a zveřejněním křestních jmen a věku dětí i rodičů. Fotografie, které byly poskytnuty se souhlasem rodin ke zveřejnění (viz Příloha D–H), mají dokreslit jejich život (Hendl, 2016). Zaznamenaná úplná zdrojová data, tedy originální audiozáznamy i s jejich přepisy jsou na vyžádání k dispozici u autorky práce, v bakalářské práci jsou uvedeny pouze jejich vybrané části.

3.2 Žena

Respondentky shodně uvedly, že vícečetnému těhotenství předcházely jejich zdravotní obtíže. Gabriela, Soňa, Kristýna a Renée se léčily pro poruchy plodnosti. Martina počala sice svá dvojčata přirozeně, ale po předchozím potratu, a popsala, že potrat, následné vícečetné těhotenství a předčasný porod v krátkém období byly pro ni velkou psychickou zátěží.

Martina: *Bylo přirozené a bylo druhé v pořadí, během teda tři měsíců. Takže já jsem otěhotněla, jsem poprvé, čekala jsem chlapečka, o kterého jsme přišli 15. srpna a 27. srpna už jsme měli „vyrobená“ dvojčata. Nečekaně! Hlavně se s tím srovnat!*

Pro mě vůbec bylo nejsložitější celé to období, kdy jsem vlastně čekala jedno dítě, pak jsem nečekala dítě, pak jsem čekala najednou dvě děti a pak tu najednou byly dvě děti a všechno v jednom roce. Jó, to prostě byl takový skok, že...

Gabriela a Renée počaly svá dvojčata pomocí metody IVF. Renée s možností vícečetného těhotenství počítala, protože si nechávala zavést dvě embrya, a uvádí, že díky zdravotním problémům byla tato IVF i její poslední možností na otěhotnění. Soňa před otěhotněním užívala léky ke stimulaci ovulace. Kristýna počala děti metodou IUI, před kterou rovněž užívala hormonální léčbu ke stimulaci ovulace. Po otěhotnění čekala čtyřčata, což bylo překvapením pro všechny, nejen pro ni.

Gabriela: *Bylo to první těhotenství a pro mě to byl šok, že jsem teda šla vod doktora pěšky domů, přes celý město, přišla jsem domů a manžel mi říká: "Seš těhotná vid', vid'?", říkám: "No, jsem, no ...a jsou tam dva!", "Kecáš".*

Soňa: *...Byli plánovaní, byli, bylo přirozené, ale...užívala jsem Clostilbegyt teda.*

Kristýna: *Měla jsem problémy, snažili jsme se o dítě asi rok a čtvrt přibližně, nakonec mě moje gynekoložka odeslala do centra asistované reprodukce. Nejdřív jsme měli podstoupit inseminaci, ale bylo nutné mi potom dát nějaké léky, protože to byl anovulační cyklus. Takže jsem dostala nějaké léky a zkusili jsme inseminaci a ta se nám teda jako povedla hodně. No a čekala jsem čtyři, čtyři děti, což nikdo nepředpokládal, protože byla určitá šance na dvojčata, a to že tam byla čtyři miminka, tak to bylo překvapení prostě úplně pro všechny lékaře, nejen, nejen pro nás tedy, ale prostě byla to situace, která se absolutně vůbec nedala jako předvídat, no.*

Renée: *Otěhotněla jsem přes umělé oplodnění IVF, byl to druhý pokus a...kvůli teda... z mého zdravotního důvodu, mám vážné gynekologické problémy, a byla to vlastně i naše taková jako poslední naděje na to mít děti, což se teda podařilo, chytla se obě embrya a holky...*

Těhotenství bylo pro ženy rizikové z hlediska počtu plodů, což však neznamenalo, že by musely již od jeho počátku pociťovat nějaké obtíže. Martina a Soňa označily svá těhotenství zpočátku za bezproblémová. Gabriela, Kristýna a Renée však měly komplikace již od počátku těhotenství. Nejčastějšími problémy byly špinění a krvácení, a to již na počátku těhotenství, a dále zkracování děložního hrdla. Všechny respondentky kromě Martiny byly před porodem hospitalizovány.

Martiny těhotenství bylo rizikové nejen z důvodu, že bylo vícečetné, ale také vzhledem k předešlému potratu. Do 6. měsíce probíhalo těhotenství bez komplikací, ale pak se u jednoho z dětí vyskytly zdravotní problémy, které se do porodu upravily. Porod začal předčasným odtokem plodové vody ve 36. týdnu těhotenství a byl vaginální. Martina měla jako jediná sepsaný porodní plán, ve kterém řešila mimo jiné, že nemá zájem o poporodní bonding a děti chce donést až po prvním ošetření novorozence.

Martina: *Byla jsem riziková, vzhledem k tomu předešlému potratu, ale jinak probíhalo bez problémů až do období šestého měsíce.*

Já jsem už v porodním plánu měla, že chci děti vidět, až budou omytý, čist'oučký a voňavý, protože na tohle nemám na takové ty špinavé ulepené děti...

Gabriela začala ve druhém měsíci špinit a měla obavy o další průběh těhotenství, stejně jako její manžel. Poté již zůstala doma v pracovní neschopnosti a následovaly problémy se zkracováním děložního čípku, pro které byla dále sledována v rizikové poradně. Při běžné kontrole v 29. týdnu byla kvůli zkracování děložního čípku akutně hospitalizována. Po týdnu chtěli Gabrielu propustit domů, ale kvůli nástupu kontrakcí již k propuštění nedošlo. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem s EA ve 30. týdnu.

Gabriela: *Bylo to rizikové těhotenství, teď už nevím, od kterého týdne si mě stáhli do nemocnice, že jsem chodila na kontroly a tam mě pořád měřili a já jsem se otevírala, protože já mám krátký čípek, takže mně se, mně se ztratil.*

Pak, jak jsem šla, já nevím, v tom dvacátém devátém týdnu jsem šla na kontrolu, jakože všechno dobrý, že otevřená jsem furt stejně, že jsem asi na dva centimetry, že to prostě, že se to nemění, že to nebudeme řešit, a přišel tam jiný doktor a chtěl to vidět všechno znovu. No a ten řekl, že je to na okamžitou hospitalizaci, že už mě ani domů nepustí, takže si mě tam nechali týden na pozorování s tím, co bude, a vlastně dopadlo to tak, že týden na to mě odrodili, že vlastně mně říkali, že mám normálně stahy, což já jsem necítila.

Soňa se cítila v těhotenství dobře, ale od 22. týdne těhotenství jí byla doporučena pracovní neschopnost a ve 32. týdnu těhotenství byla hospitalizována z důvodu otevírání děložního hrdla. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem ve 34. týdnu těhotenství z důvodu zhoršení srdečních ozev plodů.

Soňa: *Těhotenství probíhalo úplně v pohodě, ...špatně mi nebylo, ...do práce bych chodila jako klidně až do konce těhotenství, ale asi ve 22. týdnu mi už lékař řekl, že to není vhodné, že mám zůstat doma. No a potom vlastně... jsem se začala předčasně otevírat, tak mě ve 32. týdnu nechali pro jistotu v nemocnici. Tam se vlastně nález nezvětšil, ale děti měly špatný ozvy, takže sem rodila akutním císařem v tom 34. týdnu.*

Největší zátěž vnímala Kristýna a Renée vzhledem ke zdravotním problémům, které těhotenství předcházely i komplikacím téměř v celém průběhu těhotenství. Obě respondentky porodily své děti před 30. týdnem těhotenství.

Kristýny těhotenství bylo rizikové zejména počtem plodů. Následovalo rozhodnutí o provedení jejich redukce, kdy Kristýna s manželem absolutně vyloučily možnost ponechání pouze jednoho plodu. Redukce byla velmi riziková a v 16. týdnu těhotenství se objevilo špinění, které zřejmě způsoboval hematom po provedené redukci. Kristýna měla také zvýšenou rodinnou trombotickou zátěž a až do konce těhotenství si musela aplikovat antikoagulační léčbu. Těhotenství dále probíhalo bez větších problémů do 26. týdne, kdy se jí výrazně zkrátilo děložní hrdlo. Kristýna musela být hospitalizována a byly jí podány kortikoidy k urychlení dozrávání plicní tkáně dětí z důvodu hrozícího předčasného porodu. Ve 28. týdnu chtěli Kristýnu propustit do domácího ošetření, což ona vytrvale odmítala a upřednostnila hospitalizaci, protože se cítila v nemocnici bezpečněji a měla strach vzhledem k předchozím komplikacím. Kristýna porodila své děti předčasně ve 29. týdnu těhotenství (vaginálně) a zdůraznila stresovou situaci, která se v den jejího předčasného porodu odehrála u její spolu pacientky, jež porodila své dítě předčasně po výhřezu pupečníku.

Kristýna: *Ve 26. týdnu na běžné kontrole, kam jsem teda chodila častěji, si mě paní doktorka hlídala víc, tak zjistila zkrácení děložního hrdla, který mělo tři týdny předtím přes 30 milimetrů, tak se zkrátilo ani ne na polovinu, takže mě okamžitě poslala do nemocnice, kde teda naměřili ještě méně milimetrů, takže mě přijali a napíchali mi kortikoidy pro maturaci plic a při další kontrole ob den se to ještě víc zkrátilo, ale akorát teda... to bylo jediné, já jsem neměla kontrakce, nic. Nejistili mi ani žádnou infekci, vlastně jediným důvodem zkracováním čípku byl samotný fakt, že jde o vícečetné těhotenství, což mi tam vysvětloval můj ošetřující lékař.*

... a ten den, co jsem já porodila, tak se paní vrátila z toalety a říkala, že se něco děje, že jí asi vyhřeznul pupečník, a vyhřeznul jí pupečník, takže ta lehla na postel a zavolala sestru. Sestra přiběhla, okamžitě zbledla, protože to byla prostě situace, kde šlo o život miminka, takže tam přiběhla ještě další a okamžitě jako zasáhli. Maminku odváželi na urgentního císaře a já jsem jí ještě uklidňovala, že to bude dobrý, že stihli kortikoidy a že, že to určitě zvládnou. No a pak jsem se sesypala, protože to bylo prostě strašný, tam vedle mě to prostě probíhalo... Byla jsem z toho tak rozrušená, že jsem si zřejmě spustila kontrakce a začala krvácet, takže se s tím už nedalo nic dělat, nedalo se nic zastavit, protože už ve chvíli, kdy teda jsem začala krvácet, tak už byl porod rozjetý.

Renée měla od začátku těhotenství problémy s krvácením, kvůli kterým byla sledována až do 16. týdne těhotenství. Těhotenství proležela, protože se ke krvácení přidalo také tvrdnutí břicha, kvůli kterému nemohla chodit. Ve 27. týdnu těhotenství byla akutně hospitalizována pro velké bolesti břicha a začínající porod, což jí způsobilo velký stres a obavy. Po deseti dnech se zdálo být vše v pořádku, i Renée se psychicky uklidnila a měla tedy být z nemocnice propuštěna. Při čekání na propuštění se u ní opět vyskytly velké bolesti břicha a lékaři se nakonec rozhodli pro ukončení těhotenství. Renée porodila akutním císařským řezem ve 28. týdnu těhotenství, což jí i dětem zachránilo život, protože důvodem bolestí břicha bylo vnitřní krvácení nezjistitelné běžnými vyšetřovacími metodami.

Renée: *Docela v pohodě. No, když mě tam přijímali, vlastně když jsem měla ty první problémy, tak to bylo takový jako stresující, bála jsem se samozřejmě, co se bude dít, neuměla jsem si vůbec představit holky, jak jako budou velký, co se bude prostě dít, jaký budou komplikace se mnou, s dětma... No, pak nějak po těch dvou dnech už to vypadalo, že to bude dobré, tak už jsem zas na to ani nemyslela, jako pořád jsem si to nepřipouštěla, že by se narodily až tak moc brzy...*

a pak v té nemocnici, tím, že jsem tam ležela s holkami, které taky čekaly dvojčata, a ležely tam taky třeba od dvacátého osmého týdne a když jsem tam nastoupila já, tak už byly třicátý čtvrtý týden. Podařilo se jim to vlastně co nejvíc oddálit, nebo udržet, tak jsem si říkala, že to určitě zvládneme taky. Takže pak jsem tam už zase byla v pohodě, no. Pak vlastně ten desátý den mě propouštěli domů, protože... že je všechno v pořádku a že v nemocnici dál ležet nemusím. No, a jak jsem se tam vlastně namáhala tím, že jsem si sbalila věci a chodila jsem tam po chodbě sem a tam, tak se mi to vlastně spustilo znovu a začala jsem mít velké bolesti břicha, takže ne samotný porod, ale prostě jsem měla bolesti břicha. Takže mě odvezli rovnou na porodnici zase, tam se ale ani přes různé kapačky, léky nepodařilo prostě zjistit ani pořádně proč mám vůbec bolesti, protože se opět nic nedělo. No, a to bylo ráno a odpoledne, ve čtyři hodiny sem teda musela jít na císaře a tam se zjistilo teda, že na ultrazvuku, že to vidět nebylo, ale že mně praskla nějaká cévka za dělohou, takže jsem krvácela vlastně do břicha a měla jsem tam myom na děloze, který znemožňoval další růst dělohy, a jak se to pnulo, tak prostě ta děloha byla už taková jako na prasknutí, takže se holky narodily sice dřív, ale asi to bylo za minutu dvanáct, no. Takže to bylo..., to dopadlo vlastně ještě dobře...

Respondentky své děti po porodu obvykle neviděly, protože ty byly ve většině případů ihned převezeny na JIP jiné kliniky. Pocity, které respondentky po předčasném porodu zažívaly, byly různé, například apatie, strach, beznaděj nebo měly naopak veselou náladu, která byla z jejich pohledu zřejmě způsobena vlivem medikace. U respondentek, které měly děti po porodu na JIP a byly od nich odloučené, převládaly obavy z poporodní adaptace dětí a zdůraznily, že měly o děti obrovský strach.

Gabriela: *Strach! Ani ne, prázdno! To jsem si vůbec neuvědomovala nějak, ale takový strach, beznaděj spíš...*

Kristýna: *...a prostě jsem jenom myslela na to, aby to děti zvládly.*

Martině se po dětech stýskalo a chodila se na ně dívat, ale byla ale ráda, že děti nemá ještě na stálo u sebe a pár dnů si od nich po porodu odpočine.

Martina: *Ano, hnedka mi je odnesli vlastně, viděla jsem poprvé děti tak, že jsem si je mohla pochovat až čtvrtý den. Upřímně... Já jsem byla tak ráda, že jsem bez dětí! Byla jsem ráda, že se můžu vyspat, protože jsem věděla už předem, že mě čeká minimálně dva roky bez spánku, takže jsem za ty další čtyři dny bez dětí byla opravdu ráda.*

Samozřejmě se mi stýskalo, strašně, chodila jsem se na ně dívat, chtěla jsem být s nimi, ale vyspala jsem se, to bylo pro mě důležité!

Kristýna, která má těžkou oční vadu, si před porodem si nechala sundat brýle a kvůli tomu neviděla první dítě po narození. Při porodu druhého dítěte si nechala dát brýle zpět. Pro změnu měla strach, protože druhé dítě mělo po porodu poruchu dýchání a nízké Apgar skóre. Kristýna v době, kdy ji hospitalizovali, neměla ještě vyřízené potvrzení od očního lékaře, aby mohla родit sekci, a nejvíc jí vadilo, že s ní tuto otázku před porodem nikdo neřešil. Nepředpokládala, že bude z důvodu těžké oční vady родit vaginálně a při porodu myslela hlavně na to, aby si nepoškodila zrak.

Kristýna: *No, já sem byla překvapená, já sem si totiž myslela, že jeden je příčně, ale Ondra byl hlavičkou, Lucinka byla koncem pánevním a ona se otočila, takže oba šli hlavou. Takže jsem byla překvapená a já jsem hlavně nepočítala nikdy s přirozeným porodem, protože já mám poměrně těžkou oční vadu a moje oční mně říkala, že mi nedoporučuje přirozený porod, jenom jsem si tedy nestihla, vlastně bych musela mít doporučení od očního, jako indikaci k císaři, a to sem nestihla, protože jsem byla hospitalizovaná moc brzy, že. Takže teda porod byl přirozený a byl v podstatě rychlý, 1. doba porodní trvala 2 hodiny a děti byly venku za dvacet minut, takže to byla jako rychlovka.*

U Kristýny se po porodu vrátily také psychické obtíže, které měla již v minulosti následkem dlouhodobého stresu.

Kristýna: *Cítila jsem se špatně, já jsem se kdysi léčila s depresemi způsobenými stresem, protože moje máma je nemocná, a tak sem se o ní starala a ten dlouhodobý stres prostě u mě způsobil vlastně exogenní deprese, takže já se cítila takhle, já to jakoby znám, ale, no a... byl to jako hrozný stesk po dětech, takže to tam naskočilo fakt jako hned v podstatě, tohle to.*

Ženy, které rodily císařským řezem, tedy Gabriela, Soňa a Renée zmiňovaly, že po provedeném císařském řezu měly problémy s jizvou a nemohly vstát. Jelikož byly hospitalizovány na jiné klinice než jejich děti, musely tyto problémy brzy překonat, aby mohly k dětem na první návštěvu a tu absolvovaly v doprovodu svých manželů.

Gabriela: *Je to tam hrozná! Nejhorší bylo druhý den po tom císaři vstát a jít. Já jsem myslela, že se zlomím na vejpu. Jako i cesta na záchod a zpátky a...*

Soňa: *No, měsíc asi trvalo, než jsem se mohla pořádně postavit narovnat á...dělal mi problém vstát, vstát z postele nebo odkudkoliv nebo třeba jít do schodů ...a potom měsíci už to nebolelo, ale měla sem necitlivý to břicho. Co jsem se bavila s kamarádkami, tak ty problémy měly mnohem menší po tom porodu, že se i postavily rychleji a tolik je to nebolelo. Já teda jsem se z toho dostávala tak měsíc, z toho císaře. No, takže já jsem tam teda nebyla schopná dojít pěšky, to fakt ne!*

Renée: *No. Tak v nemocnici to bylo takový hodně zvláštní, to prostě mi to přišlo takové úplně celé nějaké divné, ale já jsem byla hodně pod těmi léky, takže já jsem ani tak nějak moc jako... jsem nebyla schopná pomalu ani vzít jako mobil do ruky, nebylo mi jako vůbec dobře.*

Kristýna rodila vaginálně, zmiňuje však problém s jizvou po provedené epiziotomii, která jí byla provedena kvůli riziku krvácení do mozku u vedoucího plodu (dvojče A) při jeho porodu.

Kristýna: *Jinak mě nastříhli, to mi ale říkali, že je to i proto, aby ty děti byly dřív venku, aby se nemusely tlačit těmi porodními cestami. Ondra měl i tak krvácení do mozku.*

Já jsem dlouho potřebovala ten kruh, na kterém jsem seděla, tím že jsem měla rozjetou jizvu, tak mě to fakt bolelo. Nemohla jsem bez toho kruhu sedět 4 týdny.

Martina byla jako jediná z nemocnice propuštěna po čtrnácti dnech i s dětmi. Uvedla, že by si nedokázala představit, že by jedno z dětí musela ještě v nemocnici nechat, což jí hrozilo z důvodu nižší váhy jejího syna. Stejnou obavu měla také Kristýna.

Martina: *Dva dvě stě jsme měli s tím, že Sebastianek jí jako hraničně dosahoval. No, spíše nedosahoval, ale prostě se napsalo, že ano, abychom mohli jít domů, protože bych ho tam musela nechat a vzít si jenom Arinku, a to jsem nedokázala překousnout, že bych odešla domů jenom s jedním, a tím že přibíral, tak to šlo.*

Kristýna: *Hrozně jsem se bála, že mě pustí třeba s Ondrou a Lucka tam ještě zůstane...*

Ostatní respondentky byly propuštěny z nemocnice bez dětí mezi 3. - 6. dnem, což záviselo na způsobu porodu a poporodních komplikacích. Propuštění bez dětí snášely psychicky velmi špatně.

Soňa: *Mě pustili...no, narodili se v neděli a v pátek mě pustili, takže necelý týden.*

Kristýna: *Jako že mi něco chybí, prostě se mi po nich strašně stýskalo, ale na druhou stranu, když jsem si je potom přinesla domů, tak to bylo tak náročné, že, že jsem si přála někam utéct.*

Renée: *Pak nějaký ten třetí, čtvrtý den, co jsem byla propuštěna domů, tak to bylo náročné psychicky, no, protože to jsem přišla domů, bez břicha, bez dětí, takže...*

Gabrielu propustili z nemocnice domů pátý den a uvedla, že nálady, které měla po propuštění bez dětí z nemocnice, si vylévala na své matce.

Gabriela: *Hrozně! Jako... to, co moje mamka si asi v životě nevyslechla, tak to si vyslechla všechno! To jako... hrozný návaly!*

Počátek laktace a její udržení po porodu a poté i v domácím prostředí stálo respondentky hodně úsilí. V nemocnici trávily se svými dětmi většinu dne, zpočátku se učily odsávat mléko, později kojit a pečovat o své nedonošené děti. Několikrát denně jezdily domů, kde musely umýt a vydezinfikovat pomůcky ke kojení a části odsávačky, také se najíst a trochu si odpočinout. Mléko odsávaly několikrát denně, i v noci, což pro ně rovněž znamenalo navyknout si na nový režim. Gabriela měla mléka nadbytek a darovala ho do mléčné banky, což pro ni znamenalo další povinnosti.

Gabriela: *Doma jsem odsávala a pak jsem tam vozila mléko, protože mi dali na to ty lahve, ty püllitrové, skleněné. Musela jsem podepsat smlouvu s tou mléčnou bankou a že jsem měla zase přebytek, tak i to ode mě odkupovali.*

Soňa: *Doma jsem odsávala a každý den jsem jim ho vozila.*

Kristýna: *Určitě! No a já jsem chodila, protože bydlím kousek, takže já jsem bydlela, byla doma a chodila jsem dvakrát denně, vždycky jsem tam byla několik hodin, pak jsem si jenom došla domů odsát mléko a zase jsem se vrátila, takže, a odsávala jsem samozřejmě i tam.*

Renée: *Hmm, chodila jsem tam dopoledne, to jsem tam byla zhruba tak od těch, abych tam vždycky i odsála nějaké čerstvé mléko, takže zhruba od devíti do dvanácti a pak jsem jela domů, zase si všechno umýt, vysterilizovat a pak jsem tam jela odpoledne, a to jsem tam byla tak od třech do šesti, sedmi. Jak kdy, no, většinou do šesti.*

Martina dostala děti po porodu na pokoj až čtvrtý den a za pomoci pediatrických sester se učila je krmit z prsu, což se jí však nedařilo. Podle svých slov je velká a děti byly příliš malé, připadala si s nimi nekompatibilní. Zkoušela krmit děti také přes stříkačku, ale ani to se jí nedařilo a ony stále křičely hlady. Martina psychicky nezvládala křik dětí a přes nesouhlas paní primářky s krmením dětí z lahve si přesto nechala od manžela lahve dovézt a děti s nimi místo kojení tajně krmila.

Martina: *Nebyly schopné se přisát, protože měly tak maličké pusinky a já jsem „velká holka“, takže jsme prostě nějak nebyly kompatibilní.*

Měly hlad takovým stylem, že už opravdu nepřestávaly křičet a křičely mi dvanáct hodin v kuse a já už jsem z nich byla doslova „na prášky“. Nechala jsem si teda z domu přivést lahvičky a tajně jsem v koupelně krmila děti lahvičkami. Vlastním mlíčkem a pak už jsem se domlouvala i s dětskými sestrami, jestli by mi jako nepřinášely zbytečky po jiných dětech, co to mají povolené, takže tam, tam to šlo.

Ostatní respondentky měly děti hospitalizované na JIP a mléko jim odsávaly hned v nemocnici, zpočátku na gynekologii, kde byly hospitalizované, a později přímo u dětí. Cítily se ve většině případů neinformované, zmatené a ve stresu, také jim vadilo, že první odstříkané mléko jejich děti vůbec nedostaly. Stresující jim přišlo rovněž neustálé převažování dětí a plen. Děti, které měly po narození zdravotní problémy, mohly jejich matky začít kojít nejdříve po stabilizaci zdravotního stavu, do té doby jim mléko pouze odsávaly.

Gabriela: *Hned ne, protože kluci byli hrozně malý, takže já jsem si, já jsem nejdřív...ten druhý den mi říkali, ať zkusím odstříkávat si jako mléko ručně, do plíny, což docela šlo, pak mně tam půjčili nějakou odsávačku ruční, jestli by to s ní šlo... No a oni mi říkali, že když něco odstříkám, že oni jim to tam nějak donesou, že ono to jde přes tu, přes tu mléčnou banku.*

Soňa: *Na té gynekologii to bylo takové trochu neosobní a když jsem chtěla s něčím poradit, tak na mě koukali jak to, že to nevím, jo, protože i s tím kojením vlastně..., taky byl problém u nás á..., když jsem se jich ptala jako, třeba jsem nikdy neviděla, jak se dělá s odsávačkou na mléko nikdo mi tam s tím prostě neporadil, no.*

Kristýna: *Jako co mě teda mrzelo, když byly děti na JIP, tak jsem prostě mléko zamrazovala a nosila ho do mléčné banky a mě to stresovalo v tom, že moje čerstvé mléko měli jenom, když jsem ho tam odstříkala, a já jsem ho samozřejmě neměla tolik, abych jim oběma pokryla všechny dávky. Takže jsem byla vystresovaná a vždycky jsem vymáčkala co nejvíc, aby z toho měli co nejvíce dávek.*

Renée: *Vlastně tam nás po tom porodu učili, jak stimulovat ta prsa jakoby ručně, ale pak jak třeba s tou odsávačkou, tak to všechno až na té JIP, ale to až po nějakém týdnu, takže tam byla docela doba, než jsem se něco pořádně dozvěděla, co vůbec a jak dělat, jak vlastně nosit to mléko.*

Děti narozené před 30. týdnem těhotenství, které byly nejdéle na dechové podpoře, měly většinou problém s přísátím k prsu, protože neměly sílu sát a také sladit sání a dýchání. Po propuštění dětí z nemocnice jejich matky Kristýna a Renée vzdaly marný boj s kojením a zůstaly u odsávání mateřského mléka, kterým krmily děti z lahve. Kristýna nevěřila, že si děti vypily z prsu dostatečnou dávku a psychicky se jí ulevilo, protože z lahve měla přehled, kolik si děti vypily mléka a jestli je nutné je dokrmit.

Kristýna: *Ondra měl problém to udýchat, oni mají oba bronchopulmonální dysplazii. No a mně se pak vlastně ulevilo, když jsem jim mohla odsávat a dala jsem jim tu lahev a viděla jsem, že si to jako vypili, protože jsem z toho byla špatná.*

Renée: *Holky nebyly schopné si na to prso prostě zvyknout, přísát se, neměly na to prostě sílu, ani pak doma, takže pak doma po propuštění jsem pořád každé tři hodiny odsávala a dávala jim to do lahví, protože to jinak nešlo. Zkoušeli jsme holky teda pak přikládat, Ella ta zvládala tak maximálně dvě kojení za den, jinak musela z lahve, protože pak už to zase dechově nezvládala, nebo neměla ani sílu, pak už tolik vypít.....jako zadýchávala se, takže... Emma ta se vůbec nechytala, té to prostě vůbec nešlo.*

Také Soňa zůstala u odsávání mateřského mléka až do převedení dětí na umělé mléko, protože pro ni bylo velmi náročné a vysilující sladit odsávání a krmení dětí.

Soňa: *Všechno! Asi, asi to sladit to jídlo, nakrmit, odstříkávání mléka, musela jsem..., já jsem je teda kojila asi, asi 3 měsíce, ale tím stylem, že jsem musela pořád odstříkávat, takže nakrmit je odstříkat mléko.*

Respondentky Martina, Gabriela a Kristýna zmiňují, že již v nemocnici začaly používat silikonové kloboučky usnadňující kojení nedonošených dětí. Když se později snažily děti od kloboučků odnaučit, byly neúspěšné. Gabriela byla několikrát pokousána a Kristýna zmínila, že děti prso bez kloboučku odmítaly.

Gabriela: *Přes klobouček, a na kloboučku zůstaly, snažila jsem se je to přeučit, ale hrozně mě tolikrát pokousaly, že pak zase musel nastoupit ten klobouček, aby se mi ta prsa vůbec zahojila.*

Kristýna: *U nás to bylo paradoxně tak, že když jsem jim zkusila dát prso bez kloboučku, tak řev, co jim to tam rvu, že jó.*

Martina: *Určitě, zkoušeli jsme! S kloboučkem jsme měli zkušenost už z porodnice, tam jsme ho dostali přímo.*

Kristýna kloboučky používala i přes svůj velký nesouhlas, byla přesvědčená, že je sestry dají téměř každému, aniž by to z jejího pohledu bylo potřeba. Později byla přesvědčená, že kdyby jí někdo ze sester nabídnul vhodnější pomůcku než kloboučky, například suplementor, udržela by svou laktaci mnohem déle.

Kristýna: *Já si myslím že kdybych neměla ty blbý kloboučky, tak že by nám ten suplementor z...zachránil kojení, protože oni by se mně kojili, já bych je zároveň dokrmovala a nebyla bych ve stresu, jestli jsou napítí, že jo... ale..., no nic!*

Martina a Soňa musely po propuštění dětí do domácího prostředí ukončit laktaci předčasně, obě kvůli psychickým problémům, Martina měla laktační psychózu, Soňa byla vyčerpaná a nedařilo se jí sladit denní režim a potřebu spánku její i dětí. Kristýna odsávala do pěti měsíců dětí a bylo jí líto, že laktaci musela ukončit. Nejdéle kojila Gabriela, a to asi do 13 měsíců, než se děti samy odstavily.

Martina: *Mně se rozjela po asi 9 týdnech klasická laktační psychóza, takže já jsem potom stejně musela s kojením přestat, kvůli medikaci, kterou jsem dostala. Snažili jsme se prostě, do těch 9 týdnů jsme se snažili. Paradoxně jsme pak po 9 týdnech získali zpátky moje mléko a vylévali jsme ho.*

Gabriela: *Byly kojeni, do roka, do roka nebo do 13 měsíců, pak samy přestaly.*

Soňa: *Já sem je teda kojila asi, asi 3 měsíce, byla už jsem z toho psychicky tak špatná, že to prostě bylo asi jediné nejlepší řešení, protože bych se z toho asi zbláznila!*

Kristýna: *Jako vydržela jsem ještě po propuštění asi dva a půl měsíce no, ...takže pět měsíců, měly moje mléko, takže... to je taky dobré, ale mrzí mě to hrozně moc, protože jsem si strašně přála kojit a...*

Renée: *Pak už jsem odsávala asi... sedm měsíců, ale odsávala jsem vlastně pořád.*

Kristýna a Renée hodnotí pro ně jako nejhorší z celé hospitalizace jich samotných i dětí pobyt na rooming-in před propuštěním s dětmi domů. Na jednu stranu se zde cítily bez pomoci a na straně druhé pod velkou kontrolou, zejména co se týkalo krmení dětí. Kristýna také zmínila, že jí zakazovali si své děti utěšit. Obě shodně řekly, že jim tento pobyt nedal nic pozitivního a domů se s dětmi vrátily vystresované. Kristýna si ještě dlouho poté nevěřila a také uvedla, že když nastupovala na rooming-in, pokryla dětem vlastním mlékem téměř celou denní dávku, když odcházeli domů, nezvládla odsát ani polovinu množství, co před nástupem. Gabriela nezmínila detaily z pobytu na rooming-in, ale její pocit byl stejný, nevěřila si, že péči o děti zvládne. Soňa pouze zmínila, že týden před propuštěním s nimi na rooming-in byla hospitalizována.

Kristýna: *Jo. Mě chodili takhle budit..., do toho vlastně... člověk je pořád musel převažovat a to, při každém krmení a... tohle to mě tak stresovalo, že já sem si tam..., já sem tam byla 10 dní, já jsem se tam, o víkendu, o tom dalším víkendu, jsem se tam normálně složila.*

Renée: *Stačilo, že Emma jednou brečela kvůli větrům a tím, že mi nikdo prostě neporadil, tak jsem se zase dostala do takové fáze, že jsem prostě začala pochybovat o tom, jestli to vůbec budeme zvládat. Jaké to bude, co když se bude něco dít, komu mám jako volat, nebo... No takové hodně stresující to bylo!*

Byli jsme rádi, že jsme odjížděli, protože to bylo opravdu...a úplně mě to stáhlo, tak jako zase zpátky na dno, z toho, že jestli to vůbec doma budu teda jako zvládat. Takové jako ošklivé ukončení hospitalizace to teda bylo.

Gabriela: *To byl teda mazec! Já jsem si říkala, že to v životě nemůžu dát! Já jsem tam ti ani nebyla týden, možná tři noci a říkali, že je to dobré a můžeme jít domů.*

Soňa: *Byla jsem nejdřív na oddělení matek, to jsem chodila vlastně po třech hodinách je kojit a pak jsem byla ten poslední týden s nimi na roomingu.*

Všechny respondentky shodně uvádějí, že po návratu domů se buď snažily udržet režim nastavený z nemocnice, nebo hledaly takový, který jim bude vyhovovat. Většinu dne jim tedy vyplnily potřeby dětí a na odpočinek mívaly obvykle čas až večer po jejich usnutí. Během rodičovské dovolené s dvojčaty tedy ženy postrádaly volný čas pro sebe a své zájmy. Možnost trávení volného času byla velmi nepravidelná a závisela zejména na pomoci rodinných příslušníků, kterou obvykle neměly. Respondentky trávily volný čas různými způsoby, například sportem, odpočinkem, seberealizací, či na sociálních sítích, protože postrádaly sociální kontakty.

Martina si ráda zašla na masáže, do sauny nebo zacvičit. K tomu měla příležitost, pouze pokud děti pohlídal manžel. Čas trávila také pasivně na sociálních sítích, kde sháněla informace či nakupovala.

Martina: *Čím jsou děti starší, tím víc se nebojím je nechat doma s manželem, takže občas, jednou za pár měsíců se najde chvílička, kdy opravdu si můžu jít zacvičit anebo si můžu jít sednout do sauny, úžasná věc! V tu chvíli jsem šťastná a spokojená a zase mně to na pár měsíců musí vystačit.*

Gabriela, pokud měla hlídání nebo děti spaly, spala také. Dalším odpočinkem nebo dokonce únikem od dětí, pro ni byly nákupy.

Gabriela: *Já jsem to vyřešila přesně – nakojeno, šup do auta na nákup a zpátky. Bylo to nejjednodušší a když spaly, tak jsem spala také. Pokud byla možnost, že si, že třeba děda s nimi šel ven s kočárem, tak jsem šla rovněž spát, takže... nebylo úniku moc od nich, no.*

Soňa mohla odpočívat pouze večer, když děti usnuly, a od čtrnácti měsíců děti chodila do svého původního zaměstnání, což pro ni byla jednak forma odpočinku a také seberealizace.

Soňa: *No... a jinak od rána do večera koloběh a večer už jsem se už modlila, aby usnuly, abych si mohla odpočinout na chvíli.*

Také Kristýna obvykle odpočívala až večer po usnutí dětí, a to spíše pasivně sledováním televize. Na sociálních sítích pak diskutovala, sháněla informace, případně nakupovala oblečení pro děti.

Kristýna: *Že bych chodila někam třeba... třeba si zacvičit, tak to... za prvé ani není čas moc, protože vždycky když někam jdu, tak někdo tady ale musí být a postarat se o děti, že jó! Víceméně nijak, akorát večer, teď se koukáme na Přátele, takže jako já maximálně jako tak zvládnou si třeba přečíst zprávy na internetu nebo třeba na ten Facebook se kouknout tam jestli někdo nenapsal.*

Renée uvádí, že díky dodržování nastaveného režimu z porodnice si zpočátku stíhala od dětí odpočinout. Svůj volný čas trávila například debatami s kamarádkami na sociálních sítích.

Renée: *Holky byly dost, dost jako hodné a spavé. Měly už jako najetý takový režim z nemocnice, že jako jíst po třech hodinách, jedly vlastně nastejno, spaly taky naštěstí nastejno, takže jako musím říct, že ten začátek byl jako úplně v pohodě, že jsem zvládala si uklidit, uvařit, odpočinout si, že to bylo takové jako... pěkný! Já jsem byla v kontaktu spíš s tím virtuálním světem. No, takže jsem si s kamarádkami psala hodně přes ten Facebook.*

Respondentky Gabriela, Kristýna a Renée, které své děti porodily ve 30. gestačním týdnu a dříve, pociťovaly také výraznou sociální izolaci, a to díky zdravotnímu stavu jejich dětí a doporučeným režimovým opatřením. Gabriela měla děti s jinými potřebami než její okolí. Kristýna a Renée se obávaly hlavně infekce a zdravotních komplikací s tím spojených, sociálním kontaktům se vyhýbaly víceméně záměrně z důvodu strachu o děti.

Gabriela: *Čas od času jsme se šli projít s dětmi, když byly v kočáru, ale jak začaly v tom kočáru chtít sedět, tak pro mě nějaký takový sedánky... to jako skončilo, protože jejich děti seděly, my jsme neseďly, my jsme vystupovaly a já nevím co ještě všechno. Kočár se houpal do všech světových stran, takže jako od té doby jsme byly hodně doma. Oni si vystačí, v tom mají výhodu, no a já nemusím řešit s kým půjdeme ven. Já holt byla na té kávě sama a děti si hrály, ale tak... ono si člověk zvykne asi na všechno!*

Kristýna: *No já jsem v takové jako docela velké sociální izolaci a nejenom tím, že mám prostě dvě děti a dvojčata, ale i tím, že je musíme chránit před infekcemi, říkal nám plicní minimálně do toho korigovaného roku, prostě vyhýbat se většímu množství lidí, nejezdit hromadnými dopravními prostředky, nechodit s nimi do obchodu a tak.*

Renée: *No, to jsem se cítila! To jsem právě nechtěla s holkami chodit třeba do obchodů a tak, hlavně přes tu zimu nebo pak i mezi ty děti. Jednak jsem ani nevěděla, kam bych s nimi měla jít já sama a... Ten první rok to byla opravdu spíš taková izolace, no.*

Respondentky uvedly, že po narození dětí se neměly mnoho příležitostí setkávat se svými původními přáteli a v prvním roce života dětí s nimi byly v kontaktu hlavně na sociálních sítích. Mezi druhým a třetím rokem života dětí začaly navštěvovat dětská hřiště a mateřská centra, jednak z důvodu změny prostředí a dále tam pro sebe i děti získaly nový okruh přátel s podobnými starostmi. Jediná Gabriela navštěvovala dětská centra i hřiště sporadicky, z důvodu hyperaktivity jejích dětí.

Martina: *Určitě, určitě, dokonce mám ve městě kamarádku, která má děti rychle po sobě s rozestupem desíti měsíců, takže ta to má vlastně jako dvojčata, dá se říct. Rozumíme si, velice!*

Soňa: *Využívali jsme určitě i zahradu. Chodili jsme na hřiště, pro změnu prostředí a abych se dostala mezi lidi, hlavně pro ty děti to byla změna!*

Kristýna: *To jsme chodili, na zahradě jsme byli, sice tam měli svoje pískoviště skluzavku, houpačky, ale tak nebaví je to, takže jsme chodili i na různá dětská hřiště, aby měli změnu.*

Renée: *Jinak já jsem byla v kontaktu spíše s tím virtuálním světem. No, takže jsem si s kamarádkami psala hodně přes ten Facebook.*

Gabriela: *No, tak my jsme začaly chodit až sem do toho mateřského centra, když jim byli necelé dva roky, jinak moc... spíš je vypustit někam, kde by nikoho neohrozily, no! Máme zahradu s tím, že kvůli nim jsme to museli důkladně oplotit, striktně vymezit prostor kam můžou a nemůžou! Udělali jsme si hrací centrum doma, vytáhl se starý koberec z půdy, dal se na trávu a tam se prostě hrálo.*

Od cizích lidí si respondentky často vyslechly nevhodné, až obtěžující reakce směřované k jejich osobě.

Martina: *Chodím do mateřského centra a tam teda pochopení maminek bylo spíš s údivem, jakože: „...A ty s nimi zvládáš ještě chodit mezi děti?“ To jsem, jako nikdy jsem nepochopila, tak prostě mám o jedno dítě navíc, no tak se musím postarat, jinak přece nebudu s nimi zalezlá deset let doma jen proto, že prostě se bojím, že mi jedno uteče.*

Gabriela: *Když ti řekne kamarád, s kterým se znáte celé dětství a má stejně staré dítě, že jsi Matka Tereza a děti patří do Klokánku... a řekne ti to před dvaceti lidmi a nikdo se tě nezastane, tak to člověka hodně zatvrdí teda!*

Renée: *Mně teda vadilo a vadí do teď, že někdo řekne, já, dvojčátka a dobré, ale hodně lidí potkáváme a: „Ježíši, zase dvojčata, to už je trapné, jak má každý dvojčata!“ Tak to mi už docela vadí!*

Respondentky Martina, Gabriela a Soňa shrnuly, že první rok života dětí pro ně byl náročný zejména po psychické stránce, což vyplývá i z rozhovoru s Kristýnou. Soňa a Kristýna si musely znovu vybudovat vztah k dětem po jejich propuštění z nemocnice. Všechny respondentky shodně uvádějí, že pro ně byl první rok života dětí náročný zejména z hlediska času.

Martina: *Absolutní, hlavně z té samostatné holky, která se teda jako vdala a fungovala normálně, se najednou stala uhoněná matka, která absolutně nic nestíhá, všude chodí pozdě a věčně chodí upatlaná a neučesaná.*

Gabriela: *Já bych řekla, jako ten první rok byl, byl náročný na psychiku šíleně, teď je to náročný, že pořád chtějí čas, který by s nimi člověk měl trávit.*

Soňa: *Tak nějak, za prvé úplný obrat života naruby, že člověk nemá čas absolutně na nic jiného a... měla jsem pocit, že to nezvládnou prostě! Co kdyby se třeba se mnou něco stalo, tak kdo se o ně postará, takové pocity... asi se mi k nim hůř budoval ten mateřský vztah, taková ta mateřská láska, nějak mi to ani nedocházelo.*

Kristýna: *Je to pro mě zvláštní, že byly na světě, ale ještě na tom světě jako by být neměly, takže pro mě je to období v té nemocnici úplně zvláštní čas, kdy byly na světě...a pak, když už jsme je měli doma, tak to bylo tak náročné, že jsem si přála někam utéct a musela jsem si k nim ten vztah znovu budovat.*

Po ukončení rodičovské dovolené se respondentky Soňa a Gabriela již těšily do práce. Soňa na to, že si v práci odpočine od dětí, Gabriela kvůli sociálním kontaktům, které jí na rodičovské dovolené výrazně scházely.

Soňa: *Já jsem se těšila do práce, že si odpočinu!*

Gabriela: *No, ve třech letech. Já jsem se tam hodně těšila! Jako navázání nějakých sociálních kontaktů, vlastně bavit se o něčem jiném než o dětech, a mít čas na sebe aspoň cestou do práce a zpátky. Někde kouknout jako normální člověk, ale pořád jsou to jako časovky těsné, ale tak sama to znáš, no...*

Rovněž Martina plánovala práci na částečný úvazek, kterou získá volno sama pro sebe, finanční nezávislost a možnost seberealizace.

Martina: *Ne, já jsem, já jsem se našla v rodičovství a mateřství a mně se to strašně líbí, ale pořád mi chybí taková ta moje část, která tam byla dřív a teď už tam není, taková ta seberealizace, víš? Takové to, že... mám svoji práci, které rozumím, která mě relativně i baví, a nejsem na nikom finančně závislá. Je to o tom, že jsem nejenom máma. Zatím bych ten jeden den chtěla využít tak, že pro sebe, abych si trošku taky odpočinula. Myslím, že si to zasloužím!*

3.3 Rodina

3.3.1 Členové rodiny

Všechny respondentky byly vdané a čekaly svoje první děti, vícercata pro ně byly ve většině případů překvapením. Kristýna s manželem Michalem se po zjištění vícečetného těhotenství museli rozhodnout buď pro možnost ukončení celého těhotenství, nebo pro redukci plodů, nakonec se rozhodli pro redukci ze čtyř plodů na dva.

Martina: *Takže já jsem otěhotněla poprvé a čekala jsem chlapečka, o kterého jsme přišli 15. srpna a 27. srpna už jsme měli „vyrobená“ dvojčata. Nečekaně!*

Gabriela: *Bylo to první těhotenství a pro mě to byl šok, že jsem teda šla od doktora pěšky domů přes celé město, a když jsem přišla domů, manžel mi říká: "Seš těhotná vid', vid'?", říkám: "No, jsem, no ...a jsou tam dva!", "Kecáš!"*

Kristýna: *Takže jsem otěhotněla, no a čekala jsem čtyři děti, což nikdo nepředpokládal, protože byla určitá šance na dvojčata a to, že tam byli čtyři miminka, tak to bylo překvapení prostě úplně pro všechny lékaře, nejen pro nás teda, ale prostě byla to situace, která se absolutně nedala vůbec předvídat, no. Takže nám okamžitě doporučovali, buď ukončení celého těhotenství nebo redukci, na kterou jsme nakonec přistoupili, protože to byla jako jediná šance, jak se ukázalo později, protože se děti narodily brzo, jak zachránit aspoň nějaké dítě.*

Renée: *Dávaly se dvě embrya, no.*

Většina žen rodila akutně a byla ráda za přítomnost partnera u porodu, který byl s ní nebo na předsáli, záleželo na způsobu porodu, ale každopádně mohl být přítomen prvnímú ošetření dětí. Žádná z respondentek neměla k porodu domluvenou přítomnost jiné osoby než otce dětí. Přítomnost manžela v průběhu porodu byla pro respondentky důležitá z hlediska opory a také získaly informace o dětech, které jim nikdo jiný většinou neposkytnul. Otec dětí byl po porodu vůbec první, kdo mohl děti vidět, fotografovat a jít za nimi na návštěvu.

Martina: *Byl, byl neustále odháněný za zadní část lehátka, což mu moc nevyhovovalo, ale byl tam a jsem za to ráda. Fotky dětí jsem viděla, protože manžel se procpal na ten ošetřující pokoj, a vyfotil si je.*

Gabriela: *Byl za sklem, stihnul to z práce a řekli mu, ať si přijde asi za tři hodiny na dětské. Informace o jejich stavu dostal, s tím, že jsou stabilizovaní, ale že čtyřicet osm hodin rozhodne o tom, jestli přežijí... a jak to bude dál, že záleží na tom, jak budou oni schopní v inkubátoru. Vyfotil je přes sklo, když je odrodili. No a potom v tom inkubátoru, ale u každého jen jednu fotku.*

Soňa: *Nebyl u porodu, nestihnul to! Přijel, až děti vážili a myli, no a když jsem jela na JIP, tak jsem se probouzela a ptala se těch, co mě vezli, jako jestli jsou děti v pořádku. Ti mi jen řekli, že ano a potom vlastně jsem se to spíš dozvěděla od manžela.*

Míchal: *No, byl jsem s nimi na chodbě chvílku, tam jsem si udělal nějaké foto a oni je, Lucinku už odváželi, tam jsem se za nimi mohl jít podívat až druhý den ráno. Žena ještě nemohla, takže první návštěvu jsem si tam s nimi užil sám.*

Renée: *Byl, zavolali ho, takže holky těsně po porodu viděl, ukázali mu je a pak je odvezli na JIP. Dostal informace, byli vlastně domluvení s doktorem, že za nějaké tři hodiny si může přijít na JIP pro nedonošené děti, podívat se na ně a nějaké další informace, takže ten informovaný byl.*

Na první návštěvu se matky dětí hospitalizovaných na JIP, tedy kromě Martiny, mohly vydat nejdříve druhý den po porodu, a to v doprovodu otce dětí, který jim byl nejen fyzickou, ale i psychickou oporou.

Gabriela: *Já myslím, že asi třetí, druhý den určitě ne, asi třetí no.... protože jsem se musela přemístit z té gynekologie na dětské, a to je přes půlku nemocnice. Jela jsem na vozíku, kus mi to šlo pěšky, ale... dálka najednou!*

Soňa: *Musela jsem si sehnat někoho, kdo mě tam odveze, takže kdybych neměla manžela, tak nevím, jak se tam dostanu, jestli bych musela nějakého sanitáře přemluvit. No vstala jsem, ale musel mě tam odvézt, nedošla jsem to.*

Kristýna: *Já jsem měla štěstí v tom, že za mnou mohl přijít manžel a na tom kolečkovém křesle mě ten druhý den mohl odvézt za dětmi, pak další den jsem jim tam už odstříkávala mlezivo.*

Renée: *Jela jsem na vozíku. Sama bych to asi nezvládla, takže na vozíku a chodila jsem tam jenom s manželem, sama jsem neměla odvahu, ani pak, když už jsem mohla chodit, asi ten čtvrtý den. Neměla jsem odvahu tam jít sama, protože jsem nevěděla, co mě tam prostě bude čekat.*

V rodině se na péči o dvojčata po jejich narození podílela hlavně matka dětí společně s manželem, případně měly pomoc širší rodiny, zejména prarodičů, někdy také pomoc svých přátel. Prarodiče jim nejčastěji pomohli s hlídáním dětí, doprovodem k lékařům a případně jim pomohli v domácnosti s úklidem a vařením. Ve většině případů ale prarodiče stále chodili do práce, takže se rodiče museli spoléhat zejména sami na sebe. V případě Kristýny manžel pracoval z domova a na péči o děti se podílel rovným dílem.

Martina: *Babičky „hlídací“ nemáme, takže jsem počítala s tím, že na ně budu sama, a tak nějak jsem si na to i zvykla a do dneška je pro mě vítaná pomoc od tatínka.*

Gabriela: *Koupal, přebaloval, jako nedělalo mu to problém. S tím, že on má o devět let mladší sestru a vždycky hodně tíhnul k dětem, takže s tím neměl problém. Jako co se týče kamarádů, tak nikdy nikdo nehlídal kluky, co se týče babiček, tak je to takové sporadické.*

Soňa: *Co začali chodit, komunikovat, tak se jim věnuje, víc trošku Štěpánkovi, protože Štěpánek je aktivnější a rád sportuje, takže, si spolu víc rozuměj. Pokud prarodiče o hlídání požádám tak jo, ale dobrovolně nehlídají!*

Kristýna: *Kamarádi se mi taky nabízeli, že by pomohli, ale tím, že mám tu pomoc v rámci rodiny, tak jsem to ani nikdy moc... Jako když tu třeba jsou, tak hned to dítě vyfasují.*

Renée: *Oporu jsem v manželovi určitě měla a myslím si, že díky němu jsem to tak nějak zvládla i jako po psychické stránce, že mě vždycky držel nad vodou, nebo uklidňoval, když se něco dělo, a byly třeba horší zprávy v nemocnici. Byl schopen si domluvit třeba volno v práci, že se mnou bude doma, nebo mi volal vždycky po každé návštěvě v nemocnici. Doma se taky staral o holky se mnou, přebaloval je, krmil je, vstával se mnou v noci, aby vždycky jednu nakrmil a já druhou, abych pak mohla ještě odsávat. Holky hlídají, babičky, dědové. Víc teda tchýně s tchánem, protože jsme s nimi v baráku, a moji rodiče, ti bydlí sedmdesát kilometrů odsud, ale jako teď třeba, když marodili, co jsou ve školce, tak to mamka přijela a hlídala taky, abychom se nějak prostřídali.*

Martině byla asi 9 týdnů po porodu diagnostikována laktační psychóza, o děti se 3 měsíce staral výhradně manžel a zároveň chodil do práce. Jakmile Martině zabrala medikace, přenechal veškerou péči na ní a do péče o děti se začal znovu zapojovat, až když s ním děti začaly více komunikovat.

Martina: *To ano, protože když já jsem přišla z porodnice s nimi, tak jsem nebyla schopná vzhledem k mému stavu moc s nimi fungovat. Tatínek fungoval první tři měsíce jako kdyby byl na mateřské on. Perfektní, ale to byli ještě ti malý uzlíčkové, co se nehýbali a občas si zabřečeli, vzali si flašku, spinkali a jako v pohodě, ale jakmile se začali trochu projevovat a být déle vzhůru, tak už to začal nechávat více na mně, což samozřejmě chápu, protože já jsem byla s nimi doma a byla to moje práce, ale už si s nimi míň, míň si s nimi sednul, nebyl už najetý na ten jejich režim, takže se taková ta propast se začala trošičku rozšiřovat a až teprve teď, když už děti běhají, jsou schopni si říct o jídlo, že se chtějí napít, že si chtějí hrát, ukážou co chtějí a podobně, tak teď už s nimi dokáže zase fungovat a já si můžu na den nebo na noc odjet. Ted' už to jde, předtím to nešlo!*

Pro rodiče vícero dětí bylo narození dětí velkou změnou ve fungování vztahu také jich samotných. Před narozením dětí tvořil jejich rodinu jen muž a žena a narozením dětí z nich byla rodina čtyřčlenná. Žena si musela uvědomit, že porodem dětí neplní nově pouze mateřskou roli, ale nadále také partnerskou. Hlavní úloha muže spočívala nejen v pomoci partnerce v péči o děti, ale také v její psychické podpoře.

Martina popisuje krizi, kterou si prošli ve vztahu s manželem v pátém měsíci života dětí, kdy se Martina odstěhovala i s dětmi na 8 týdnů k babičce. Gabriela uvedla, že mají s manželem neshody hlavně pro jiný pohled na výchovu, která je ztížena hyperaktivitou jejich dětí. Soňa zmínila jen neshody v běžném životě nezaviněné dětmi. Manžel Renée byl pro ni velkou oporou, přesto však také zaznamenal přerozdělení pozornosti své ženy směrem k dětem.

Martina: *Já jsem najednou jsem těch sto procent musela rozdělit na tři osoby s tím, že tedy ty dvě maličké osoby potřebují trošičku víc než ten dospělý tatínek, který se dokáže obsloužit sám. Takže to asi bylo špatně! Na těch pěti měsících jsme se odstěhovali na 8 týdnů pryč, odstěhovali jsme se k babičce, potřebovali jsme si oba dva stanovit nějaké priority. Já jsem se musela srovnat a naučit se fungovat nejenom s dětmi, ale taky s někým třetím a tatínek musel pochopit, že už není jenom sám a svět se netočí jen kolem něj, zní to strašně ošklivě, ale prostě taková je realita!*

Gabriela: *Tak krize určitě byly, myslím si, že i budou, ale teď je to o tom, že každý máme jiný názor na to, jak bychom je měli vychovávat, jo, no..., takže já furt chci být taková ta co je má ráda a pohladit a pochovat. Taky nemají takový vztah, jaký by měli mít například k hračkám nebo jak by se k tomu chovali dvě nehyperaktivní děti, je jim jedno, že se proběhnou po autodráze, že na to něco spadne. Tam je ten největší střet toho no.*

Soňa: *... Jako kvůli dvojčatům, jsme určitě žádné problémy neměli, takové ty klasické neshody, to samozřejmě občas ano, ale že by nějak vážně narušily náš vztah dětí, to ne!*

Renée: *No tak jako, no tak, no tak jako vysloveně krize ne, ale že si jako občas rýpne, že už k němu nejsem tak milá, že už se mu tolik nevěnuju, tak musí umět holt pochopit, že prostě chlap není na prvním místě.*

3.3.2 Zdravotní obtíže a kontroly nedonošených dětí

Martina řešila po narození u syna křivost hlavy, tedy plagiocefalii s levostrannou brachycefalií. Museli jezdit na kliniku do Frýdku-Místku (jediná v ČR) a Sebastian musel nosit do 10 měsíců speciální helmu. Dále navštěvovali Dětský denní rehabilitační stacionář (DDRS), kvůli zablokování krku u obou dětí při porodu a také kvůli zvýšené dráždivosti u Ariane. Kromě výše zmíněných zařízení navštěvovali praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD), kardiologickou ambulanci a alergologii. Nyní jsou objednáni na neurologii, z důvodu zvýšené dráždivosti Ariane a také kvůli podezření na ADHD u Sebastiana, kam v prvním roce života dětí nebyli

primárně odesláni. Děti měly v prvním půlroce života problémy se zvracením po jídle, dále prodělaly bronchitidy a po osmém měsíci se u Ariane projevily příznaky alergie a u Sebastiana astma. Psychomotorický vývoj dětí byl v normě, děti se v 9. měsíci stavěly a ve 13. měsíci začaly chodit. První hospitalizace v nemocnici byla po prvním roce dětí, a to u Sebastiana z důvodu komplikovaného průběhu neštovic (krvácení pod kůží), kterými se nakazil od Ariane. Úrazy, které řešili, byly odpovídající věku, jednalo se o pády na hlavu, otrava kosmetikou a Savem, dále našťíplá klíční kost.

Gabriela měla děti po porodu hospitalizované na JIP. Obě děti byly napojené na podporu dýchání. Zpočátku se rodiče učili manipulovat s dětmi pouze v inkubátoru a po jejich přeložení na jednotku intermediární péče, jim je z inkubátoru poprvé vyndali, klokánkování jim však neumožňovali. Po propuštění z nemocnice Gabriela s dětmi navštěvovala PLDD, poradnu pro rizikové novorozence, kardiologii z důvodu šelesti u obou dětí, neurologii, DDRS, se Štěpánem do 4 měsíců museli cvičit Vojtovu metodu. Dále navštěvovaly ortopedii a oční ambulanci, protože děti neměly při screeningu očí v pořádku sítnici. V předškolním věku měly na základě provedeného psychologického vyšetření doporučený odklad školní docházky z důvodu nerozvinuté grafomotoriky, kresby a potřeby logopedie, kterou Štěpán navštěvoval od 4 let, Šimon asi od 7 let. Podle slov matky je mezi dvojčaty patrný rozdíl již od narození, kdy je Šimon vždy ve všem napřed (dvojče A). Nedonošenost se na nich projevila nejvýrazněji tím, že nejprve nestíhali své vrstevníky a jejich psychomotorický vývoj odpovídal spíše korigovanému věku (odečítaly se jim dva měsíce), chodit začali mezi 14. a 15. měsícem. Později u nich byly patrné první příznaky hyperaktivity, která byla diagnostikována až se začátkem školní docházky. Rodiče tyto problémy řešili již před druhým rokem na neurologii. První hospitalizace u dětí proběhla ve 3 a půl letech, kdy byl hospitalizovaný Štěpán s febrilními křečemi. Dále byly obě děti na odstranění adenooidní vegetace, při které jim zjistili také zúžené průchody v uších, a Šimon byl také ambulantně na operaci hydrokély a operaci očí pro šilhání. Obě děti nosí brýle asi od 4 let. V 7 letech byl z důvodu febrilních křečí opět hospitalizovaný Štěpán. Nemocnost vzrostla až po nástupu do jeslí a mateřské školy, děti trpěly často rýmou. Úrazy našťěstí vzhledem k jejich divokosti nebyly časté ani vážné. Většinou se jednalo o modřiny, prokousnutý ret nebo na sebe něco shodili (skříň, šicí stroj).

Soňa měla po porodu děti rozdělené, Gabriela ležela na JIP a Štěpán na jednotce intermediární péče. V rámci hospitalizace dětí jim nebylo umožněno klokánkování. Po propuštění z nemocnice chodily s dětmi k PLDD, kde teprve dostaly doporučení na neurologii. Dále navštěvovaly DDRS do roku či roku a půl z důvodu hypotonie, poradnu pro rizikové novorozence a se Štěpánem kardiologii, odkud jsou již vyřazeni. Soňa nepozorovala opoždění psychomotorického vývoje oproti jiným dětem a myslí, že mezi dvojčaty byl rozdíl jako mezi jinými sourozenci, chodit začal první Štěpán v roce a Gabriela o dva měsíce déle. Nemocnost dětí byla zvýšená až po nástupu do mateřské školy. Do jednoho roku řešili hlavně rýmy a nachlazení, což bylo náročné, jelikož do té doby odmítali jinou stravu než mléko, které pak zvraceli. Úrazy byly častější hlavně u Štěpána, který byl od narození víc aktivní, nejzávažnější byla tržná rána na hlavě a otřes mozku s nutností hospitalizace. Do současnosti jsou děti sledovány kvůli jejich tělesnému vzrůstu, který se pohybuje na spodní hranici percentilového grafu a nočnímu pomočování u Štěpána. Odklad školní docházky nezvažují.

Kristýna uvedla, že děti byly po narození hospitalizované na JIP a dýchací podporu měly do doby, než dosáhly 36.-37. gestačního týdne. Lucii musel být 2 dny po narození aplikován dvakrát surfaktant. Během hospitalizace byly časté poklesy saturace a následkem déletrvajících umělé plicní ventilace (UPV) se u Lucie projevila lehká bronchopulmonální dysplazie, u Ondry středně těžká. Další závažnou komplikací bylo u Ondry krvácení do komorových prostor v mozku I. stupně. Následkem předčasného porodu také nedošlo u Lucie k uzavření Botallovo dučeje, ta se následným podáním medikace uzavřela, došlo ke znovuotevření a následně již k samovolnému uzavření. Postnatálně zůstalo otevřené také foramen ovale. Další komplikací byl zánět spojivek u obou dětí způsobený zlatým stafylokokem. Rodiče mohli s dětmi klokánkovat, po 7 dnech s Ondrou a po 10 dnech s Lucií. Po propuštění z nemocnice kromě ordinace PLDD navštěvovali poradnu pro rizikové novorozence, ortopedii, neurologii, kde čekali půl roku na volný objednávací termín. Dále chodili do plicní ambulance a na aplikaci Synagis, používané k pasivní imunizaci předčasně narozených dětí. Dosud měly obě děti problémy ještě s pupeční kýlou, ale zatím došlo k jejímu zmenšení díky Vojtovo metodě a tejpování. Lucie v 5. korigovaném týdnu začala mít problémy při jídle, které zřejmě souvisely s nedonošeností, Ondra je více dráždivý. Matka sleduje psychomotorický vývoj dětí a snaží se je směřovat k tomu, co by v daném období měly umět, předpokládá, že ale v jednom roce

ještě nebudou ani sedět. Hospitalizace v nemocnici zatím nebyla nutná a infekční onemocnění se jim zatím rovněž vyhýbají, pouze Lucie má chronickou rýmu, zřejmě způsobenou křehkostí sliznice po UPV.

Renée měla po narození děti hospitalizované na JIP a byly na dýchací podpoře do 36. – 37. gestačního týdne. Během hospitalizace prodělala Ella komplikovanou infekci, při které měla problém i s močením, dostávala antibiotika a měla i s rodiči přísně zakázan kontakt. Obě děti dostaly po porodu transfuzi, kvůli nízké hladině železa. Během hospitalizace mívaly rovněž poklesy saturace a odpojení z ÚPV bylo komplikované, ještě 4 dny byly na CPAP. Emmu rodiče klokánkovali již po týdnu, Ellu asi až po měsíci. Po propuštění do domácího prostředí kromě ordinace PLDD byly sledovány v poradně pro rizikové novorozence jedenkrát za půl roku do dvou let, na neurologii každých půl roku až do 3 let a na kardiologii do jednoho roku. Dále byly sledovány asi do druhého roku na plicní ambulanci pro bronchopulmonální dysplazii a chodily na aplikaci Synagis (pasivní imunizace). Cvičily 3–4krát denně Vojtovo metodu a kolem druhého roku byly na psychologickém vyšetření. V současnosti jsou vyřazeny ze sledování ve všech poradnách a dochází pouze na oční kontroly. V období od 4. měsíce Emma zvracela po každém jídle a byla nutná hospitalizace k vyšetření těchto obtíží, závěr byl, že tyto obtíže jsou způsobené nedonošeností a zmizí až po prvním roce života. Psychomotorický vývoj odpovídal korigovanému věku a do biologického věku se dorovnaly od roka a půl do dvou let. Ella začala chodit v 15 měsících biologického věku, je pohybově zdatnější než její dvojče a Emma chodí od 16 měsíců biologického věku. Obě děti jsou oproti svým vrstevníkům drobnější a se svojí tělesnou výškou jsou na spodní hranici percentilového grafu. Děti do roka onemocněly pouze rýmou, první antibiotika měli v roce a půl a od té je měly pouze jednou. Ve dvou a čtvrt letech se Emma nakazila od jiného dítěte salmonelózou a 2 měsíce musela být doma v izolaci. Vážnější úraz neprodělaly.

Následující tabulka (Tabulka 2) rozděluje dvojčata podle dominance (dvojče A, dvojče B), dále uvádí jejich porodní hmotnost, způsob početí a způsob porodu.

Tabulka 2 - Údaje o porodní hmotnosti dvojčat, způsobu početí a porodu

Dvojče A hmotnost po narození	Dvojče B hmotnost po narození	Způsob početí	Způsob porodu
Sebastian 2200 g	Ariane 2350 g	přirozeně	vaginální
Šimon 1360 g	Štěpán 1410 g	IVF	císařský řez v EA
Štěpán 2110 g	Gabriela 1940 g	farmakologická stimulace ovulace	císařský řez v CA
Ondřej 1170 g	Lucie 950 g	IUI s farmakologickou stimulací ovulace	vaginální
Ella 1020 g	Emma 950 g	IVF	císařský řez v CA

3.3.3 Režim rodiny

Po příchodu dětí z nemocnice domů, bylo pro rodiče nejdůležitějším úkolem nastavit denní a noční režim dětí tak, aby vyhovoval potřebám celé rodiny a byly vyspalé nejen děti, ale také oni sami a zvládli celodenní zátěž. Nedonošené děti bylo zvlášť v prvních měsících nutné krmit i v noci. U některých dětí tato potřeba přetrvala i několik let, což uvádějí Soňa a Gabriela. Také většinou nebylo žádoucí každé z dětí krmit podle jeho potřeb a časově jinak, protože to bylo na úkor času a spánku rodičů. Pokud se tedy vzbudilo na krmení jedno dítě, rodiče obvykle budili i druhé z dětí, což zmínila Soňa a Renée. Někdy respondentkám pomáhal zejména s nočním krmením dětí manžel jako v případě Martiny, Kristýny a Renée.

Soňa: *Tak povedla se mi sladit nějak noc, den moc ne a... já nevím, tak po dvou měsících asi. Tím, že já jsem v noci Gabču budila, když jsem krmila Štěpánka a on jako po těch třech hodinách, někdy i po dvou, i v noci jedl, takže jsem jí ze začátku budila taky, pak už ne, pak už když váhově byla stabilní a neubírala, tak jsem ji v noci nechala spát.*

Gabriela: *Oni byli jak švýcarský hodinky z té nemocnice. Když jsme šli domů, to bylo po třech hodinách kojení, ve dne i v noci a tam neexistovalo jako já, my jsme spali celou noc... do dneška nespí celou noc!*

Renée: *Od samého začátku jsem holkám nastavila prostě nějaký režim a dodržovali jsme to krmení po třech hodinách a když spaly, tak jsem je probudila. Takže, když jedna nespala, tak jsem vzbudila i druhou, aby pak spaly stejně. Manžel vstával se mnou v noci kolikrát, aby vždycky jednu nakrmil a já druhou, abych si pak mohla ještě odsát.*

Martina: *Tohle my řešili ze začátku tak, že manžel vstával na sedmou do práce, takže jim ráno dal lahev a já jsem měla to spaní do těch devíti.*

Kristýna: *Zhruba po měsíci jsme to dělali tak, že potom, co jsme je nakrmili spolu, šla jsem spát. Manžel je pak nakrmil v jednu a šel si lehnout do ložnice a já jsem přišla sem a spala tu s nimi.*

Další změnu již zavedeného režimu krmení, způsobilo zavedení příkrmů. Martina a Gabriela připravovaly příkrmy doma, kupované využívaly příležitostně, a to hlavně při cestování. Kristýna a Renée dávaly dětem příkrmy kupované. Kristýna neuměla příkrmy připravit, protože si nemyslela, že je budou tak brzy vyžadovat. Renée je nepřipravovala kvůli zdravotním problémům Emmy, a to z důvodu, že děti jedli velmi malé porce. Soňa krmila děti pouze umělým mlékem do jednoho roku, protože děti vše ostatní odmítaly, později jim příkrmy rovněž vařila.

Soňa: *No, oni to moc nechtěli, asi do roka prakticky nechtěli nic jiného než mléko, takže...*

Kristýna: *Zatím mám kupované, chtěla bych vařit, tak uvidíme, jestli to budu nějak..., protože jsem nepřepokládala, že začnu takhle brzy, já to neměla úplně nastudované.*

Renée: *Příkrmy jsem ze začátku začala vařit, ale potom, co holky pozřely tak jednu, dvě lžičky, tak..., tak jsem prostě řekla, že kvůli tomuhle vařit nebudu a kupovali jsme do roka akorát ty sklenice, s tím že, jednu sklenici měly obě na jeden oběd, jedly opravdu malinko, nechutnalo jim to a nechtěly, takže...*

Nedonošenost s sebou u dětí nesla specifické zdravotní problémy. Tyto problémy ovlivnily celou rodinu, protože je během prvního roku života museli neustále řešit. Děti byly v průběhu prvního roku života sledované v různých poradnách, některé problémy u nich přetrvávaly a jiné se projevívaly později. Návštěvy lékařů narušovaly denní režim rodiny a respondentky Martina, Gabriela a Renée uvádějí, že chodily k lékařům téměř vždy v doprovodu někoho z rodiny, čemuž si otec nebo prarodiče dvojčat museli uzpůsobit pracovní dobu.

Gabriela: *Mamka pomáhala, ona dělá doma... Tak vždycky jsem musela říct: Tenhle den v tolik a tenhle den v tolik, no...*

Kristýna: *S manželem, vždycky chodíme jenom ve dvou.*

Renée: *Kdykoliv je k dispozici i tchán, ten má takovou flexibilní práci a je schopný, si to zařídit, takže kdyby něco, tak jako buďto sem mohla jet sama nebo nás vozil tchán, když manžel nemohl.*

Také případná hospitalizace jednoho z dětí významně narušila režim celé rodiny a vždy musel někdo zůstat doma s druhým dítětem, což uvedla Martina, Gabriela Soňa i Renée. Pokud k hospitalizaci nemohly být přijaty obě děti, řešila jejich matka, zda být s nemocným dítětem v nemocnici nebo zůstat doma se zdravým dítětem. Problém s hospitalizací do jednoho roku života dětí řešily respondentky Gabriela a Renée.

Martina: *Ne, byli jsme rozděleni, trvalo to týden, manžel hlídal teda dcerku doma, já jsem byla se synem v nemocnici a tím, že to bylo infekční oddělení, tak to bylo hodně psychicky náročné pro nás. Měli jsme nějaký režim, s tím jsme odešli do nemocnice, tam nám ho totálně zbourali a překopali, ale to druhé dítě mi zůstalo na tom stálém režimu doma. Každý chtěl něco v jinou hodinu, tak byl problém prostě!*

Gabriela: *To byl sám, byl tam jenom tři dny, takže já jsem byla vždycky celý den tam, v noci doma, celý den tam, v noci doma...*

Renée: *Vzali jenom jednu, byla tam jenom Emma a... to bylo takové zvláštní, nevěděla jsem, pro co se mám rozhodnout, jestli být v nemocnici, nebo doma s druhou, protože byly prostě malý.*

Respondentky Gabriela a Renée uvádí, že se také často setkávaly od vlastní rodiny s nepochopením problematiky nedonošenosti. Pokud s dětmi cvičily například Vojtovu metodu nebo vývoj jejich dětí neodpovídal biologickému, ale korigovanému věku, viděli to z jejich pohledu jinak.

Gabriela: *...S tím, že tchýně se mi hrozně divila a všichni ostatní, oni pochází z vesnice, ptala se, proč nesedí a proč je nepodložím a já říkám: „Dokud si nesedne, tak prostě nesedí a hotovo!“ Ze začátku, když to cvičení viděl někdo z rodiny, tak si myslel, že ho normálně zlámu celého, ale mně už to přišlo prostě normální.*

Kristýna: *V červnu jim bude rok, ale pro mě jim vlastně bude rok až v srpnu, a když se mě někdo zeptá kolik jim je, tak já jim třeba kolikrát řeknu ten korigovaný věk, a ne ten biologický, protože vysvětlovat co oni nedělají, protože prostě jsou... a někdy mi třeba i přijde, že to lidi ani nechápou.*

Renée: *S holkami jsem se snažila teda cvičit opravdu poctivě, tak třikrát, čtyřikrát denně. Někdy to bylo v pohodě, někdy si u toho poplakaly, ale tak jako nebylo to až tak hrozné, spíš pro to okolí, mně to tak ani nepřišlo, že jsem byla zvyklá z nemocnice, ale to okolí teda koukalo, co to s nimi děláme a proč to děláme, takže..., třeba rodiče jak moje, tak manželovi, vůbec nevěděli ani, že se něco takového cvičí, a takže pro ně to bylo takový šok, takové trápení, že je zbytečně trápíme.*

Rodinné dovolené a delší cestování nepřicházelo u většiny respondentů s nedonošenými dvojčaty v prvním roce života a někdy i déle v úvahu. Důvodem byly hlavně zdravotní obtíže dětí, problémy s krmením a jejich uklidnění během cesty. Od cestování odrazovala rovněž nutnost převážení velkého množství věcí včetně kočáru pro dvojčata.

Jediná Soňa cestovala s dětmi od jejich dvou měsíců, zpočátku ale nikde nezůstávala přes noc. Na společné dovolené byli s dětmi před jejich prvním rokem a jelikož jim odmítaly příkrm, měli na dovolené umělé mléko.

Soňa: *No, asi ve dvou měsících, k mamce do Hořic. Dovolená hned ten první rok, to jim bylo asi...tříčtvrtě roku? Jeli jsme v létě do Špindlu jsme jeli, tam nám půjčili postýlky a stravu jsem jim ohřívala v mikrovlnce.*

Martina s manželem a dětmi zpočátku cestovali pouze do Prahy a Frýdku-Místku, kde bylo nutné s dětmi přespat. Tyto cesty absolvovali pouze z důvodu nutnosti speciálních vyšetření u dětí. Na první rodinné dovolené byli v roce a třech měsících života dětí a plánovali jí na dobu, kdy už nebylo nutné je krmit kojeneckou mléčnou výživou.

Martina: *Bylo to teď v létě, takže jim byl..., hmm, rok a tři měsíce, začali jsme na mléku. To byl právě i ten důvod, že jsme si troufli odjet, protože jsme věděli, že když bude nejhůř, tak jim můžeme koupit někde po cestě v krámě mléko.*

Gabriela vzala děti na první rodinnou dovolenou ve dvou a půl letech. Do třech let s dětmi nikam dál pravidelně necestovali, protože je bylo náročné cestou zabavit a uklidnit.

Gabriela: *První dovolenou, když jim bylo asi dva a půl roku. To jsme jeli na týden, jenom po Čechách, protože u nás do třech let neexistovalo nějaké cestování autem, nebo to muselo vyjít na období, kdy měli spát po obědě, abychom tu cestu přežili v klidu.*

Kristýna s rodinou strávila první Vánoce u prarodičů, jedno z dětí mělo problémy se změnou prostředí a celou návštěvu proplakalo. Na první rodinnou dovolenou se chystají, až jim bude korigovaně 10 měsíců, tedy více než rok biologicky. Největší obavu mají z toho, jak budou děti reagovat na změnu a zda se u nich nevyskytnou problémy s jídlem, v případě potíží jsou připravení hned odjet domů.

Kristýna: *Vůbec si neumím představit, jak... teď se Ondra hodně vzteká, máme problém s krmením a když je v cizím prostředí tak nechce jíst, takže se toho bojím, ale zase na druhou stranu jim už bude korigovaně 10 měsíců...*

Renée s rodinou byli na první dovolené, když dětem byly dva roky. Na dovolené byly letecky a děti ji zvládly dobře. Do roka života děti jezdili na krátké návštěvy pouze k rodičům Renée, i tak dětem nedělalo cestování dobře. Na delší návštěvy kvůli udržení hygieny a zdravotním problémům Emmy jezdili až po jejich prvním roce.

Renée: *Návštěvy s přespáním, to jsme jezdili jen k mým rodičům, protože jsou dál. Bylo to skoro ve třičtvrtě roku holek. Do té doby jsme jezdili spíš jen přes den, protože jednak byl problém vozit kupu věcí a pak problém s tím Emmy zvracením... Jezdit někam, kde všude všechno pozvrací... to je lepší buď nikam nejet, nebo jet zase rychle zpátky! Bylo to komplikované.*

3.3.4 Materiální zabezpečení rodiny

Již před narozením vícčrat se musí rodiny na jejich příchod důkladně připravit zejména materiálně, což bývá finančně velmi nákladné. Rodiny dostávaly od státu rodičovský příspěvek stejný, jako rodiny s jedním dítětem, ale náklady na nutnou výbavičku pro vícčrata jsou velmi vysoké. Jednou z prvních je otázka bydlení, kterou je nutné vyřešit co nejdříve, protože jiná úskalí přináší bydlení v panelovém domě a jiná bydlení v rodinném domě. Dále respondentky řešily mobilitu, tedy zda rodina bude potřebovat jeden nebo dva automobily, a v souvislosti s ní také pořízení kočáru, což bývá další velmi vysoká položka z rodinného rozpočtu. Respondentky Martina, Gabriela a Soňa udávaly, že při pořízení kočáru rodina právě nejvíce zvažovala finanční stránku. Martina a Gabriela čekaly svoje první děti, kočár přesto pořizovaly bazarový.

Martina: *Ten náš kočár, který máme, stojí nový 40 tisíc. Koupili jsme našťestí bazarový a jeli jsme si pro něj na druhý konec republiky, ale sehnali jsme ho za čtvrtinovou cenu.*

Gabriela: *Teda je fakt, že já jsem všechny kočáry měla z druhé ruky a že jsem nekupovala nic nového.*

Soňa: *Kočár jsem volila vzhledem k našim finančním možnostem a měla jsem teda Dorjan dvoj kočár a v rámci možností si myslím, že za tu cenu, že byl vyhovující.*

Respondentky uváděly, že musely rovněž zvážit, zda se jim složený kočár vejde do auta. U rodin, které bydlely mimo město a partner za prací dojížděl, řešili buď nutnost druhého auta, případně si auto předávaly, aby v případě potřeby nezůstala žena s dětmi bez možnosti přepravy například k lékaři. Soňa s manželem dokonce podřídili nákup nového auta velikosti kočáru. Respondentky Gabriela, Soňa a Renée se shodly, že další kočár pořizovaly kolem druhého roku věku, a to golfové hole, protože jim usnadnil přesuny s dětmi. Martina a Kristýna mají v současnosti děti mladší dvou let, nicméně Martina golfový kočár již také využívá.

Gabriela: *Ve dvou letech jsem kupovala golfky. Třeba, když jsme jeli na dovolenou nebo do zoologický, tak abychom se všude lépe propletli, měli jsme ještě klasické golfky pro každého jedny...*

Soňa: *...No, ten klasický, sporták, asi do dvou let...a pak ještě golfky občas.*

Renée: *Golfky jsme potom měli, ale to až nějak po druhém roce a už jen tak jako přechodně. Když bylo potřeba někam rychle jet, protože než jsme se někam doplazili chůzí, tak to trvalo. Pořizovali jsme si ho spíš kvůli dovolené, takže... párkrát už se použil.*

Všechny rodiny nedonošených dětí si pořizovaly také monitory dechu, což u nedonošených dětí bývá doporučováno, jediná Soňa uvedla, že si ho půjčovali v nemocnici. Monitory dechu jsou buď deskové nebo mobilní (na plenku). V případě, že kromě kočáru rodina zvažovala používání různých typů nosítek, jako rodina Martiny a Kristýny, bylo vhodné pořídit si právě mobilní monitor. Nosítka jako alternativní způsob přenášení dětí, ale většina rodin zavrhovala nebo o nich neuvažovala právě z důvodu, že čekali dvojčata. Stejně uvažovaly respondentky při pořízení plen a používaly raději jednorázové pleny. Látkové pleny jako alternativu používala pouze Martina, protože zde bývá vysoká vstupní investice a je nutný prostor na sušení, případně sušička, pokud není zakázána výrobcem látkových plen.

Martina: *Jsem si říkala, proč ty matky, když mají tu pohodlnou papírovou plínku se cpou do látky, kterou musejí vyprat a vyvařit, vyžehlit, naškrobit a bůh ví co ještě. Když se děti narodily, tak jsem si užívala komfort papírových plínek asi do půl roku a postupem času jsem se nechala nahlodat od maminek, co používaly látkové pleny, že to vlastně není tak těžké a já ráda zkouším nové věci. Velká vstupní investice, tak ano je, ale i bez té to jde, pokud to děláš vyloženě po staru, tak to tak hrozné zase není.*

Největší částku v rodinných výdajích činily po narození víceročet jednorázové pleny a v případě že matka nekojila, také umělé mléko. Obojí rodiny nakupovaly obvykle ve velkém v akcích hypermarketů. Výdaj za umělé mléko byl také jeden z důvodů Martiny a Gabriely k brzkému převedení dětí na kravské mléko, u Martiny v roce dětí a u Gabriely hned po ukončení kojení. Později to byly výdaje za kaše a příkrmy, které pro jejich vysokou cenu používaly rodiny spíše výjimečně. Oblečení dětem respondentky obvykle nepořizovaly nové, nejčastěji nakupovaly na bazarech nebo ho zdědily. U pořízení bot se však kromě Martiny se všechny respondentky přikláněly ke koupi nových.

3.4 Systém

Respondentky očekávaly od systému poskytnutí informací, které většinou obdržely neúplné nebo je neobdržely vůbec, a tak si je často sháněly samy hlavně na internetu, sociálních sítí a od přátel Martina, Gabriela a Kristýna takto vyhledávaly informace o nedonošených dětech a dvojčatech na začátku těhotenství. V pokročilém těhotenství se pak těmto informacím raději vyhýbaly, kvůli jejich komplikovanému průběhu těhotenství a strachu. Informace a zkušenosti jiných žen je spíše děsily. Soňa nezmiňuje, že by nějaké informace v těhotenství vyhledávala a Renée od hledání informací na internetu zrazoval dokonce její lékař.

Gabriela: *Na začátku těhotenství jsem četla věci na internetu. Pak jsem říkala, už nic nečtu, už mě nic nezajímá, protože to všechno byly samé katastrofy.*

Kristýna: *...já jsem o těch komplikacích něco..., to jsem věděla, potom jsem si třeba i zjišťovala, ale já jsem to moc nechtěla. Když jsem třeba ležela v té nemocnici, tak jsem to moc nechtěla, protože jsem ležela na tom rizikovém a bála jsem se.*

Renée: *Nepřipouštěla jsem si to, hlavně i doktor mi říkal, že to zřejmě nedonosím, ale že si nemám zjišťovat informace, abych nečetla nějaké příběhy a podobně a zbytečně se neděsila. Kamarádka měla nedonošené dítě, takže jsem věděla, co se děje a viděla jsem, jak vlastně Stelinka vypadala... prostě jsem si víc nezjišťovala, no.*

Informace po porodu poskytnuté zdravotníky, byly respondentkami zmiňovány jako nedostatečné, neúplné a opožděné. Matka a děti byly po porodu ve čtyřech z pěti případů rozděleny na jiná oddělení a jinou kliniku. Respondentky shodně uvádějí, že o informace týkající se jejich dětí si musely od zdravotníků vyžádat aktivně samy. Mezi klinikami není ani standardně zaveden žádný systém, který by tuto informovanost zlepšil. Martina, přestože byla se svými dětmi na jednom oddělení, dostávala po porodu informace o svých dětech rovněž velmi sporadicky a musela se ptát. Přišlo jí ale, že sestra má pozici moci a ona si netroufla chtít být pravidelně informována o svých dětech. Tyto informace o dětech nedostal ani její manžel po telefonu, přestože při příjmu vyplňovali spoustu souhlasů.

Martina: *Byli právě se mnou tady na patře, já jsem měla pokoj vedle, takže jsem věděla od sester, ale na co jsem se ale neptala, to mi neřekli, což mě docela mrzelo. Říkala jsem si, že by ta informovanost měla být asi jiná, nechtěla jsem se v tom ale moc šťourat, přeci jenom jsme byli pod jejich mocí!*

Gabriela informace po porodu také hodnotila jako nedostatečné, měla pocit, že je ze strany personálu výborně postaráno o její fyzickou stránku, ale psychická stránka byla opomíjena. Když se dožadovala informací o dětech, byla odbyta s tím, že v případě komplikací u dětí by se mi někdo ozval.

Gabriela: *Já jsem jenom říkala, jako jestli o nich něco vědí, tak mě tam akorát jednou volali s tím, že je všechno v pořádku a kdyby cokoliv, tak by se kdyžtak ozvali, jako v tomhle tom je to... hrozná! Kolem tebe chodí nějaký zdravotní personál, postará se, aby tě nic nebolelo nebo abys měla všechno, aby ses mohla napít, dají ti piškoty, ale jako... V podstatě, že ti někdo něco takového řekne, že jo! Člověk má úplně chuť brečet, protože ten nával těch hormonů, který se v tobě začnou vyplavovat, tak vlastně jako nemáš komu...*

Bez informací byla po porodu dlouhou dobu rovněž Soňa, Kristýna i Renée. Kristýna by si zejména při porodu představovala více informací od personálu.

Soňa: *...No, když, jsem se, jela na tu JIP, tak jsem se probouzela a ptala se těch, co mě vezli, jestli jsou děti v pořádku a ty mně jenom řekli že ano, a potom vlastně... lékařka mi přišla až za několik hodin říct o tom zdravotním stavu.*

Renée: *Já jsem pořádně nevěděla, co se dělo a čekala jsem docela dlouho, než vůbec přijde nějaký doktor, abych se dozvěděla, jestli vůbec... jak to vypadá s holkami. Pak přišel pan doktor a řekl, že holky jsou stabilizované, že to vypadá dobře.*

Kristýna: *Jako klidně třeba při tom porodu bych snesla víc informací.*

Renée zmínila, že první informace k odsávání mléka a možnosti jeho donášení dětem, dostala s velkou časovou prodlevou od porodu, a to od zdravotnického personálu na JIP, kde byly hospitalizované její děti.

Renée: *Jak pracovat s tou odsávačkou, tak to všechno pak až na té JIP, ale to vlastně až nějak po týdnu, takže tam byla docela doba, než jsem se něco pořádně dozvěděla, co vůbec jak dělat, jak vlastně nosit to mléko...*

Před propuštěním dětí z nemocnice dostaly všechny respondentky informace k péči o děti v domácím prostředí v ústní i tištěné podobě. Tyto informace obsahovaly také objednáací termíny do některých poraden a respondentky obdržely rovněž různé edukační letáky. Informace v ústní podobě Renée označila jako nepřehledné a bylo si nutné si je znovu prostudovat. Martina dostala při propuštění s dětmi minimum informací, dle jejích slov proto, že byli propouštěni z porodnice a děti byly považovány za téměř donošené.

Renée: *Tak informace při propuštění byly takové jako hektické spíš, všechno to ale bylo i na papírech, ať si to teda pak doma ještě pročtu, dali mně teda kontakty nebo informace, kam mám volat, kam se máme objednat.*

Martina: *No, nedostala... Já si myslím, že nás brali jako standardní miminka a tím pádem jim nepřišlo důležitý nám informace poskytnout. Dostali jsme papír, kde bylo, jak vyklepat drobek z dítěte, takže tenhle ten papír jsme dostali. Pak jsme dostali papír, kde bylo napsáno, že jim byl píchnut vitamín K, že dostanou ještě další očkování a že se máme nahlásit do tří dnů ke své dětské doktorce. Potom jsme dostali očkovací průkaz, na kterém byla špatně napsána jména dětí, a šli jsme domů. Žádné další informace typu, poříd'te si monitory nebo je zvýšené riziko zástavy dechu u takhle malinkých dětí, to jsme fakt nedostali!*

Informace o případném poskytnutí KPR u dětí respondentky nedostaly, v případě Kristýny pouze ve formě letáku. Soňa má zdravotnické vzdělání a informace o KPR u dětí si sama dohledala na internetu.

Kristýna: *Ne! My jsme dostali letáčky akorát a já se potom s rehabilitačním učila u nich provádět orofaciální a dechovou stimulaci.*

Soňa: *Tak já tím, že jsem taky zdravotník, tak jsme se to učili ve škole a také ze spousty kurzů tohle to znám, i když u dětí je to takové specifické a... určitě jsem si to ještě četla v té době.*

Informace o laktační poradkyni měla pouze Soňa a Renée. Věděly, že je mají na nástěnce na gynekologii, kde byly pár dnů hospitalizovány. Martina a Gabriela vůbec nezmínily, že by jim byl přímo předán kontakt na laktační poradkyni. Kristýna měla laktační poradkyni již před porodem a kontakt na ní dostala od své švagrové.

Soňa: ... osobně mi ho nedali, ale vím, že tam byly kontakty někde na nástěnkách v nemocnici. Nekontaktovala jsem ji!

Renée: To mně akorát řekli, že je venku nástěnka na chodbě a tam že mám kdyžtak nějaká čísla a informace co dělat, aby se zvýšila laktace.

Kristýna: Já jsem kontaktovala laktační poradkyni, o které jsem vlastně věděla od své švagrové.

Před porodem Martinu obtěžovalo velké množství administrativy o přijetí k porodu a rovněž nevhodné načasování dotazů zdravotnického personálu. Soňa měla největší problém s označením nemocničního personálu, přišel jí nepřehledný a nepředstavoval se. Další problém měla s tím, že jí vyšetřoval někdo, kdo si nepřečetl ani její anamnézu.

Martina: No, přijímala mě jedna sestra, která se mnou sepsala papíry, pak se vyměnily směny, přišla jiná, sepsala se mnou stejné papíry znova. Pak přišel doktor, následovala další stejná sada otázek do dalších jiných papírů. Když pak už začaly přicházet ty kontrakce, zeptali se mě na otázku a já prostě uprostřed té kontrakce mám mozek úplně někde mimo a někdo na mě naléhá, abych odpověděla.

Soňa: Před narozením..., jako pro mě byl problém poznat na tom personálu, kdo je kdo. Tedy kdo je sestra, kdo je doktor a kdo uklízečka, protože většina se mi nepředstavila, což mi teda docela vadilo. No a hodně se tam ti doktoři střídali, takže o mně pořádně nevěděli, jaký je můj zdravotní stav, ani třeba že čekám dvojčata.

Zahájení laktace bylo pro respondentky náročným obdobím, zmiňují, že v nemocnici postrádaly zejména edukaci a dostatek informací, chybělo jim soukromí nebo i vhodné pomůcky. Byl pro ně stresující také direktivní přístup ze strany zdravotnických pracovníků. Martina uvedla, že jí s laktací nejvíce pomohly pediatrické sestry a na gynekologii jí paní primářka zakázala, i písemně, krmit děti z lahve, protože trvala na tom, že děti odejdou domů plně kojené. Gabriela byla s pomocí sester při kojení spokojená a při pobytu na rooming-in a děti jí sestry pomohly jednou za noc nakrmit děti, aby se mohla vyspat.

Martina: Paní primářka silně věřila, že odejdeme domů plně kojeni a lahev nám zakázala i písemně do papírů a děti měly hlad.

Gabriela: *Odcházeli jsme plně kojeni s tím, že ty sestřičky je většinou jednou v noci nakrmily tou, jak se to jmenuje...sondou.*

Soňa uvádí nespokojenost s přístupem personálu na gynekologii, sestry jí sice zapůjčily odsávačku, ale neproběhla žádná edukace a informace ke kojení a odsávání dostala pouze v písemné formě. Na dětské klinice se setkala s opačným přístupem k edukaci.

Soňa: *Když jsem chtěla s něčím poradit, tak na mě koukali jak to, že to nevím. Odsávačku na mléko, mi tam teda půjčili, ale nikdo mi neukázal, jak s ní mám dělat a nešlo mi to! Nikdo mi tam s tím prostě neporadil. Dali mi nějaké formuláře, nebo nějaký návod, kde si to mám přečíst, a to je všechno.*

Renée uvedla, že se stimulací prsů jí pomohla sestra v průběhu hospitalizace na gynekologii, ale po vystřídání směn si už musela zjišťovat informace sama od pacientek na pokoji nebo z internetu. Podle jejích slov záležela pomoc spíše na ochotě personálu.

Renée: *...Vlastně nás tam po tom porodu učili jenom, jak stimulovat ta prsa jakoby ručně.*

Kristýna byla nespokojená, že první mlezivo po porodu musela utírat do pleny a nedostalo se k dětem, z jejího pohledu to bylo zapříčiněno špatnou komunikací mezi klinikami. Na gynekologii oproti očekávání dostala ke kojení pouze brožuru a velmi krátkou edukaci. Také jí vadila nejednotnost informací, které dostala k odsávání mléka na gynekologii a na JIP u dětí. Na JIP jí nutili používat elektrickou odsávačku, na gynekologii manuální a jí samotné vyhovovala ruční odsávačka. Při odsávání mléka u dětí na JIP Kristýně nevyhovovalo zejména prostředí, postrádala zde soukromí a jednou byla donucená dokonce přerušit odsávání kvůli vizitě. Dalším problémem byla nutnost přebíhání mezi dětmi, každé z dětí jí umístili na jinou stranu oddělení. Při překladi jí rovněž děti přeložily na další oddělení bez dvojčete. Na ostatních odděleních, kde děti ležely, jí scházely hlavně pomůcky a také křeslo ke kojení.

Kristýna: *Hlavně, když jsem měla každého na jiné straně oddělení, že jo. Takže tam to bylo určitě nepohodlné na to odsávání. Když jsem měla kojit na nedonošených, tak tam byla židle, jako jsme měli v jídelně, ta místnost absolutně hnusná, vysloveně hnusná, kojící polštáře úplně na houby a jako v tomhle prostředí kojit, to bylo hrozné! Jediné, co tak jako... stupátko pod nohy bylo vyhovující.*

Renée na JIP u dětí nejvíce obtěžovalo, že má děti rozdělené v rámci oddělení a musí mezi nimi přebíhat, dále zde postrádala soukromí.

Renée: *Takže jsem přebíhala... No, bylo to takové nepříjemné, hlavně pak, když se zkoušelo to kojení, tak jsem v jedné místnosti zkusila nakrmit jednu a přeběhnout do druhé místnosti... Bylo to takové náročné, no!*

Kristýna si stěžovala rovněž na přístup personálu z hlediska pomoci při kojení. Nejhorší přístup jí však přišel na rooming-in těsně před propuštěním s dětmi do domácího prostředí, kde strávila 10 dní, a kvůli přístupu personálu málem podepsala reverz. Ze strany sester měla neustálou kontrolu, zda a jak krmí, vyhrožovaly jí prodloužením hospitalizace a manžel jí chodil tajně pomáhat s péčí o děti. Podle jejích slov se při edukaci s otcem dětí vůbec nepočítalo, zatímco ona měla v plánu pečovat o děti spolu s manželem rovným dílem.

Kristýna: *...no a chodili mě tam kontrolovat, ale já jsem jako prostě krmila, já se... jsem se fakt snažila a prostě mi řekli, že děti musí být nakrmené do hodiny a že přes to prostě nejede vlak a já, když jsem tam jednou přiložila Lucinku asi ve čtvrt na 8 tak: „To jí přikládáte jako teď jó?“ No a pak když jsme je večer vážili, tak najednou, že Lucinka zhubla a teď na mě jako doktorka, že Lucinka zhubla a že takhle to nejde a musíte je mít nakrmené do hodiny oba dva! Přestože jsem dělala, co jsem mohla, tak mě tam chodily sestry pořád kontrolovat, jestli je už krmím, v noci mě chodily budit, ačkoliv jsem měla budíka... Ještě teď, fuj! Kdybych neměla manžela, který mi tam chodil tajně pomáhat, tak... Já jsem jenom chtěla, aby mi pomohl krmít, protože jsme tak byli domluvený, že mi s nimi bude doma pomáhat... Sestry mu řekly, že nesmí!*

Podobně negativní zkušenost z pobytu na rooming-in měla také Renée, která od pobytu tam očekávala, že se s dětmi sžije a bude edukována. Místo toho si jich nikdo spíše nevšímal a když žádala o pomoc, byla jí poskytnuta za dlouhou dobu a velmi neochotně.

Renée: *...Pak jsem nastoupila na ten rooming, byla na pokojíku a holky jsem měla u sebe, no... a ta péče tam už prostě nebyla taková. Nikdo se nás neptal, jestli potřebuji pomoc, jestli chci něco vysvětlit. Byli jsme rádi, když jsme odjížděli, protože to bylo opravdu... mě to stáhlo jako úplně zase zpátky na dno, jestli to doma budu vůbec zvládat. Takové ošklivé ukončení hospitalizace to bylo teda! Věřila jsem tomu, že holky budou prostě v pohodě, všechno to zvládnou a že bude všechno dobrý! Tím jsem se zas dostala do takové fáze, že jsem prostě začala pochybovat o tom, jestli to vůbec budeme zvládat. Jaké to bude, co když se bude něco dít, tak komu mám volat, nebo... No takové, hodně stresující to bylo!*

Martina, Kristýna a Renée shodně uvedly, že nejvíce informací a také největší zájem jim pomoci byl ze strany jejich PLDD po propuštění s dětmi domů. PLDD jim pomohla například i s přípravou stravy a nabídla jim provést první návštěvu v domácím prostředí, tuto nabídku využila Martina a Renée. Gabriely se lékařka neptala a přijela se sestrou automaticky k nim domů. Soňa návštěvu PLDD doma odmítla a Kristýna se domluvila na návštěvě v ordinaci, rovněž později si je lékařka zvala na kontroly mimo ostatní pacienty z důvodu možného ohrožení infekcí.

Gabriela: *To bylo automaticky, tam se nikdo neptal, jestli my pojedeme nebo oni pojedou a zda u nás. Sestřička přijela a pak přijela asi do dvou dnů i doktorka. Ona to měla prostě takové, že u těchhle dětí jezdí domů.*

Soňa: *Nabídla mi to, ale já sem nechtěla! Já už si to moc nepamatuji, ale já prostě mám ráda doma svůj klid a...a jako byla cizí element, no a nechtěla jsem, aby mi do toho moc mluvila doma.*

Kristýna: *Já jsem se o tom bavila s doktorkou, nakonec jsme se dohodly, že půjdeme my k ní a vezme nás mimo ordinální hodinu, abychom se tam nesetkaly s žádnými dětmi. Je teda fakt, že jsme tam byly snad hodinu, než si prošla všechny papíry, než si je převážila, zkontrolovala. Takže si nakonec moc neumím představit, jak by to všechno dělala tady. Pak jsme taky chodily úplně mimo ordinální dobu nebo v pátek úplně poslední, teď už chodíme do poradny normálně, ale taky si nás bere jako poslední.*

Pro respondentky byla velkou pomocí nabídka různých placených služeb, pokud si ji po finanční stránce mohly dovolit. Tyto služby v průběhu rodičovské dovolené využívala Kristýna a Soňa. Kristýna využila hlavně úklidové služby, hlídání dětí, dovážku teplých jídel a nákupů, a to zejména, v průběhu prvního roku dětí, kdy kvůli jejich zdravotním problémům trávila čas převážně doma. Soňa pro sebe využila možnost dovážky teplých jídel a později hlídání dětí.

Kristýna: *Takže to jídlo, to mi hodně pomáhá a měli jsme tady firmu kvůli rekonstrukci a oni dělají i běžný úklid. Takže k nám chodí jednou týdně paní už od loňského srpna, kterou taky už známe, takže mi pomůže třeba i s dětmi, že je pochová nebo tak...*

Soňa: *Vyřešila jsem to tím, že...jsem si objednávala obědy pro sebe, takže tím jsem ušetřila vaření pro mě a vařila jsem jenom pro děti.*

Kromě placených služeb respondentka Soňa uvedla, že si v nemocnici zapůjčila monitor za poplatek a ocenila by rovněž nabídku dalších pomůcek, jako je elektrická odsávačka mateřského mléka či kojenecká váha.

Soňa: *Monitory jsme si půjčovali v nemocnici, to mi tam určitě doporučovali. Odsávačku ne, ale byla bych za to jako ráda asi, kdyby mi jí půjčili v nemocnici domů.*

Respondentky uvádějí, že zejména v průběhu prvního roku života dvojčat se potýkaly s bezbariérovostí svého okolí, v této souvislosti nejčastěji zmiňují šířku kočáru pro dvojčata. Martina, Gabriela, Soňa a Kristýna uvádějí, že nejobtížnější pro ně bylo dostat se kamkoliv do dveří. Tyto problémy mívaly při nakupování a Martina také když bydlela přechodně u své matky v panelovém domě. Jediná Renée problém se šířkou kočáru neuvádí. Martina měla kočár koncipovaný za sebou, i přesto byl problém vejít se například do výtahu v panelovém domě. Stejnou zkušenost měla i se starším kočárem, který měl korby vedle sebe.

Martina: *Ano, ano, když jsem byla třeba u babičky, kde jsme měli takový ten starý houpací kočár vyloženě ten dvojčatový široký, tak jít na nákup s malým miminem bylo absolutně nemožné, protože nenechám několikadenní miminko stát před krámem, protože neprojedou. Náš kočárek byl koncipovaný tak, že šel zkrátit, takže jsme se vešli do výtahu, sice jsem byla nalepená na stropě, ale... vešli jsme se tam!*

Gabriela: *Jako do spousty krámů jsem se nedostala, no.*

Soňa: *No, museli jsme vyjíždět východem pro invalidy.*

Kristýna: *Nedostanu se samozřejmě do všech obchodů, je to na těsno, když je pak někde schůdek nebo tak, je samozřejmě problém. Já se nikam moc nedostanu a když už chci jít třeba někam do menšího obchodu, taky se tam nedostanu, protože tam často bývají nějaké schůdky a venku je nechci nechávat.*

Další problém s bezbariérovostí mívaly respondentky na parkovištích. Martina a Soňa oceňují možnost parkovacího stání pro auta s kočárky, které se v posledních letech začaly objevovat například v parkovacích domech či na parkovištích v obchodních centrech. Gabriela kvůli obtížnému parkování ve městě začala jezdit ven převážně s kočárem, a to hlavně na plánovaná lékařská vyšetření dětí.

Martina: *Zlatě za to, já si nedokážu představit, že naše maminky nebo maminky dvojčat, které jsou teď v našem věku tohle neměly, protože ta parkovací místa jsou tak úzká, že člověk neotevře někdy ani ty dveře pomalu, tak aby vystoupil, natož jako tam narvat dítě. Když jedeme třeba s golfovým kočárem nebo něčím neskladnějším, tak parkuju na kočárkových místech.*

Soňa: *Co se týče parkování, no tak jako nejradši jsem parkovala tam, kde okolo nestálo žádné jiné auto no, což v Hradci je tedy někdy problém. Určitě oceňuji širší parkovací místa pro maminky s kočárkem.*

Gabriela: *Ty, asi u nemocnice to bylo nejšílenější nebo u polikliniky na Slezském předměstí, tam je to taky katastrofa a já jsem fakt raději začala jezdit s kočárem.*

Bezbariérový přístup do domů respondentky Martina, Gabriela, Soňa a Renée řešit nemusely, jelikož bydlely v rodinném domě a neměly problém ani s uskladněním kočáru pro dvojčata. Kristýna bydlela v činžovním domě, ale protože prošel nedávnou rekonstrukcí, neměla díky tomu problém s přístupem do domu, ani s uskladněním kočáru. Martina měla problém s bezbariérovostí, když s dětmi přechodně bydlela u své matky v panelovém domě a musela denně překonávat s dětmi v náručí bariéru několika dveří.

Martina: *Když jsme bydlely u babičky těch 8 týdnů, tak jsem si nejdřív všechno pozotvírala a pobrala jsem děti. Předtím jsem si přivolala výtah, který jsem si zasekla tak, aby zůstaly otevřené dveře. Odesla jsem děti do výtahu, za sebou jsem pozavírala nohou všechny dveře, zavřela jsem výtah a dojela jsem nahoru, děti jsem položila na zem v bytě, zamkla jsem a běžela jsem dolů pro zbytek věcí, než mi to někdo ukradne.*

Kristýna: *Půl roku jsou tady nové dveře, necelého půl roku, kterými krásně projedeme, ty mají snad osmdesát pět centimetrů nebo devadesát?*

Veřejnou dopravu respondentky využívaly málo, jediná Martina využívala i meziměstskou dopravu z důvodu nutnosti, protože bydleli mimo město a měli jen jedno auto, které její manžel využíval občas k cestám do práce. Gabriela občas využila MHD stejně jako Renée, která uvedla, že po špatné zkušenosti, kdy jí při vystupování řidič málem přimáčkl dveřmi, spíše

používala auto. Kristýna a Renée se mimo jiné vyhýbaly MHD z důvodu možného ohrožení infekcí.

Martina: *Setkala jsem se s názory při nastupování do vlaku, že když si nemůžu dovolit auto, nemám si pořizovat děti a podobně, protože v naší obci jsme jediní na celé trati Letohrad – Praha, kde nemáme bezbariérový přístup do vlaku. Většinou se ale snaží pomáhat, podržet dveře.*

Renée: *Jely jsme párkrát MHD, ale po bojích s řidiči a s lidmi v MHD jsme toho moc nenajezdily, protože lidé nadávali, že zabíráme moc místa, řidič mě jednou málem přicvakl mezi dveře, kočár zůstal v autobusu, já jsem už byla venku.*

Tři z pěti respondentek Gabriela, Soňa a Renée se již po ukončení rodičovské dovolené vrátily zpět do zaměstnání. Soňa se vracela do původního zaměstnání, zaměstnavatel jí umožnil částečný úvazek již v době čerpání rodičovské dovolené, po návratu ale musela řešit obtíže spojené s nepřijetím dětí do stejné mateřské školy. Gabriela se vracela zpět ke stejnému zaměstnavateli, ale na jiné pracovní zařazení, a zaměstnavatel jí umožnil možnost zkráceného pracovního úvazku. Respondentky Martina a Kristýna jsou dosud na rodičovské dovolené, Martina uvažuje o dřívějším návratu do pracovního procesu, pokud sežene zaměstnání a přijmou jim děti do mateřské školy již před třetím rokem, ale návrat do původního zaměstnání v Praze není reálný z hlediska vzdálenosti a vzhledem k zaměstnání jejího manžela.

Gabriela: *Já jsem pracovala jako bankovní poradce na přepážce s tím, že jsem věděla, že se tam nemůžu vrátit kvůli klukům, abych nechodila domů v šest večer. Šla jsem tedy dělat do zázemí na šest hodin, teď chodím na sedm a pokud to půjde, tak budu chodit na ten zkrácený úvazek.*

Soňa: *Měli jsme kolizi, děti se nedostaly do školky ani jeden, vlastně na žádný termín zápisu a... podala jsem odvolání, oprávněné odvolání, na jehož základě byly děti přijaty, ale rozdělili nám je... Štěpánek chodil vlastně do školky k nám do Blešna a Gabča chodila do Třebechovic a trvalo to vlastně... asi tři měsíce, než se uvolnilo místo u nás, aby mohli být spolu, jó, ale všechno to bylo vybojované prostě námi.*

Martina: *No, ani se na tuhle pozici nevrátím, protože tam byla pracovní doba od devíti hodin do šesti do večera a nepracovala jsem ve svém městě, což prostě s dětma fakt nejde, obzvlášť, když manžel pracuje na dvanácti-hodinové směny.*

4 DISKUZE

4.1 Jaké jsou zkušenosti matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života? Jaké pocity zažívaly a s čím se nejčastěji potýkaly?

Čtyři z pěti respondentek počaly své děti některou z metod asistované reprodukce (indukce ovulace, IUI, IVF). Jedna z respondentek, počala metodou IUI spolu s indukcí ovulace čtyřčata a lékaři jim doporučili podstoupit ukončení těhotenství nebo redukci plodů. Rulíková (2009) uvádí, že použitím metod asistované reprodukce může vzniknout nejen dvojčetné, ale též trojčetné či vícečetné těhotenství, v takovém případě je párům doporučena redukce plodů. Páry mívají na rozhodnutí o provedení redukce obvykle jen velmi krátký čas a zažívají při něm velmi rozporuplné pocity, že zničí vše, o co do té doby usilovaly.

Tři respondentky uvedly, že v období těhotenství kvůli zdravotním komplikacím, které se u nich vyskytly, pociťovaly strach a obavy o další průběh těhotenství. Janáčková a Kantor (2015) uvádějí, že pokud je těhotenství označeno jako rizikové, vnímá žena podvědomě hrozbu smrti vlastního dítěte a prožívá strach. Žena má pochybnosti, které se bojí vyslovit, pociťuje ohrožení vlastního ženství a bývá narušena rovněž její autonomie a identita.

V období po porodu zmiňuje většina respondentek jako problematický nástup laktace, jelikož neměly u sebe své děti a mléko jim musely odsávat. Dokoupilová, Fišárková a Novotná (2009) uvádí, že matky nedonošených dětí odsávají mléko každé tři hodiny, ve dne i v noci do doby, než je jejich dítě schopné se samo napít z prsu. Respondentky, kterým se děti narodily před 30. týdnem těhotenství, uvedly, že s nácvikem kojení mohly začít až v době, kdy jejich děti byly dechově a oběhově stabilní. Jak uvádí Janáčková a Kantor (2015), mají miminka teprve od 32. týdne vyvrálý sací reflex a je potřeba, aby se postupně naučily sladit sání, dýchání a polykání, než je bude možné plně kojit. Rulíková (2008) doporučuje s kojením začít již v porodnici a vyžádat si dopomoc sester. Právě dopomoci sester se respondentkám často nedostávalo, naopak zmiňují, že je sestry chodily kontrolovat, a jedna respondentka se setkala také s vyhrožováním, že jim prodlouží hospitalizaci. Takové chování sester bylo pro respondentky velmi stresující a přestaly důvěřovat svým vlastním schopnostem v péči o děti. Zacharová (2016) popisuje takové chování, kdy je ve druhých neustálou kontrolou a kritikou vyvoláván pocit nedostatečnosti, jako manipulativní a doporučuje pacientům i rodinným příslušníkům se bránit odmítnutím, pokud takové chování rozpoznají.

4.2 Jak narození dvojčat ovlivnilo rodinu respondentek?

Pro rodiče vícero dětí bylo narození dětí velkou změnou, a to hlavně ve fungování vztahu jich samotných, čtyři respondentky popisují některé typy neshod s partnery. Před narozením dětí tvořil jejich rodinu jen muž a žena a po narození dětí byli rodinou čtyřčlennou. Tato změna může způsobit mezi partnery napětí, které lze zmírnit komunikací a vzájemným uznáním. Také projevený zájem a společně strávené chvíle bez dětí mohou partnerský vztah upevnit (Cooper, Hymas, 2013).

Po příchodu dětí do vlastního sociálního prostředí respondentky zmiňovaly, že musely nejprve sladit jejich denní i noční režim. V některých případech ponechaly dětem režim nastavený z nemocnice. Dětem upravovaly zejména noční režim tak, aby vyhovoval potřebám rodiny nebo potřebě nočního krmení dětí. Rulíková (2009) uvádí, že se rodiče dvojčat mohou i několik měsíců potýkat se situací, kdy jedno nebo obě z dětí odmítají v noci spát anebo se často budí. Tento pracně zavedený režim jim po dobu prvního roku života dětí narušovaly zejména nemoci dětí a jejich případné hospitalizace v nemocnici. Dvě respondentky uvedly, že jelikož jim k hospitalizaci nepřijali obě děti, musely se rozhodovat, zda být se zdravým dítětem doma, nebo jít s nemocným dítětem k hospitalizaci jako doprovod. Rovněž Rulíková (2008) zmiňuje tento častý problém a dodává, že jiná situace nastává, pokud jsou děti kojené. V takovém případě má kojící matka právo být se svými dětmi a trvat na přijetí obou dětí k hospitalizaci.

4.3 Jaké jsou potřeby matek (rodin) během hospitalizace dětí a v běžném životě?

V průběhu celé hospitalizace si všechny respondentky stěžovaly na nedostatek informací ze strany zdravotnického personálu, dvě respondentky si podle svých slov přišly v moci zdravotníků a nevěděly, které informace od nich mohou a nemohou požadovat a jejich poskytnutí považovaly za samozřejmé. Informace, které obdržely, hodnotily pak jako hektické, nedostatečné, opožděné, případně úplně chybějící a některé z nich dostaly pouze v písemné podobě. Jako chybějící uvádějí například informace o zdravotním stavu a poporodní adaptaci svých dětí, které jim často předal až otec dětí. Většina respondentek také neobdržela informace o laktačním poradenství či o poskytnutí KPR u dětí. Zacharová (2016) uvádí, že většina pacientů má potřebu být informována o řadě skutečností souvisejících s jejich zdravotním stavem. V případě, že jim není odpovězeno na jejich dotazy, mohou obavy, které mají, vyústit

až v úzkost a v takovém případě může být důvěra ve zdravotnický personál narušena. Doporučuje poskytovat informace pacientům účelně, protože mohou mít pozitivní vliv na celý průběh léčebného procesu, ve kterém pak pacient méně chybuje. Respondentky hospitalizované na rooming-in uvedly, že postrádaly informovanost a pomoc od zdravotnického personálu, což u nich vyvolalo stres a obavy, že nezvládnou po propuštění péči o své děti.

Potřeba funkční psychosociální podpory respondentek vyplývá ze skutečností, že jejich těhotenství bylo velmi rizikové, své děti porodily předčasně a děti měly rovněž různé zdravotní obtíže, kvůli kterým byly dlouhodobě hospitalizovány bez svých matek. Respondentky shodně uvedly, že v průběhu prvního roku života dětí měly většinou podporu pouze v partnerovi a rodině a pomoc z vnějšku jim byla nabídnuta jen od jejich PLDD. Běžný život jim usnadnila také nabídka placených služeb, pokud si je jejich rodiny mohly finančně dovolit. Čtyři z pěti respondentek uvádějí, že období prvního roku života dětí pro ně bylo psychicky velmi náročné a u třech respondentek se vyskytly vážnější psychické obtíže. Příkladem dobré praxe, jak pomoci ženám a rodinám předčasně narozených dětí, je nabídka služeb Fakultní nemocnice Hradec Králové, která pro ně zřídila Centrum provázení. Centrum, které je součástí dětské kliniky, jim poskytuje potřebnou odbornou pomoc (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2019).

Rodiny dvojčat a vícčat se na příchod dětí musely připravit také po materiální stránce, respondentky uvedly, že největšími výdaji pro ně bylo pořízení automobilu a kočáru pro dvojčata. Pozdější běžné výdaje pro ně byly rovněž zatěžující a řadu věcí si v době rodičovské dovolené nemohly dovolit, jelikož rodičovský příspěvek pobíraly pouze jeden, a to na nejmladší dítě v rodině. Rulíková (2009) uvádí, že s výjimkou peněžité pomoci v mateřství donedávna neexistovalo jiné zvýhodnění těchto rodin, a ty se tak velice snadno mohly dostat do tíživé finanční i sociální situace.

5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti a pocity matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života, tedy zjistit, jak jejich narození ovlivnilo rodinu respondentek a následně definovat potřeby těchto rodin během hospitalizace dětí, ale i v běžném životě.

Teoretická část bakalářské práce popisuje problematiku vícercát v souvislosti s jejich vznikem, typologií, možnostmi redukce, nejčastějšími riziky, porodem a kojením dvojčat. Dále se zaměřuje na nedonošenost, její charakteristiku, možné poruchy, poporodní adaptaci nedonošených dětí a výživu nezralého novorozence. Sociální problematika vícercát a nedonošených dětí je popsána v samostatné kapitole.

Ve výzkumné části práce byly metodou kvalitativního výzkumu zjišťovány zkušenosti matek v péči o nedonošená dvojčata do jednoho roku života. Období těhotenství bylo pro ženy náročné po zdravotní i psychické stránce. Ženy se potýkaly se zdravotními komplikacemi způsobenými vícečetným těhotenstvím a v posledním trimestru kvůli nim byly čtyři z pěti respondentek akutně hospitalizovány. Tyto komplikace u nich vyvolaly strach a obavy, proto v tomto období nevyhledávaly žádné informace o problematice předčasně narozených dětí. Předčasný porod, přinesl ženám zejména obrovskou psychickou zátěž, čtyři respondentky byly ihned po porodu odloučené od svých dětí pro nutnost jejich hospitalizace na JIP nebo IMP dětské kliniky. Ženy se musely obvykle samy vyrovnat se svými pocity a převládal u nich obrovský strach o děti a z průběhu jejich poporodní adaptace. Zmiňují, že v průběhu hospitalizace bylo ze strany zdravotnického personálu postaráno o jejich fyzickou stránku, ale nikoliv o psychickou, a postrádaly také informace o zdravotním stavu svých dětí. Dále popisovaly problémy s jizvou po císařském řezu či provedené epiziotomii. První propuštění z nemocnice bez dětí respondentky vnímaly psychicky velmi špatně. V průběhu hospitalizace dětí jim chyběly vhodné pomůcky ke kojení, podrobnější edukace o kojení a odsávání mateřského mléka. Jako problematický vnímaly rovněž přístup zdravotnického personálu, který byl mnohdy direktivní, manipulativní a do péče o děti nezapojoval otce dětí. Tento přístup působil na ženy stresujícím dojmem a nedůvěřovaly si, že zvládnou péči o děti a kojení v domácím prostředí. Rovněž negativně na ženy působilo nerespektování intimity při kojení a odsávání a vadilo jim, že každé z dětí je umístěné na jiném konci oddělení. V domácím prostředí se respondentky snažily udržet dětem nastavený režim z nemocnice, případně nastavit nový, což v kombinaci s nedostatkem volného času pro sebe a žádnou nebo minimální pomocí svého sociálního okolí vedlo v některých případech k psychickému vyčerpání ženy a předčasnému ukončení laktace. Respondentky zmiňují, že první rok života dětí byl pro ně nejvíce náročný z hlediska psychické

zátěže a také nedostatku času na cokoliv, zejména na sebe. Dále pociťovaly sociální izolaci v souvislosti se zdravotním stavem svých dětí plynoucím z nedonošenosti.

Všechny respondentky byly vdané a očekávaly své první děti. Rodiny počaly svá vícčata ve čtyřech z pěti případů pomocí některé z metod asistované reprodukce (indukce ovulace, IUI, IVF). Jedna z rodin metodou IUI spolu s indukcí ovulace počala čtyřčata a následně podstoupila redukci plodů. Po celou dobu těhotenství, při porodu i po něm se žena spoléhala zejména na fyzickou a psychickou podporu svého manžela. Předčasné narození nedonošených vícčat ovlivnilo zejména v začátcích fungování jejich partnerského vztahu, kdy žena plnila hlavně roli matky a partner se v některých případech cítil opomíjen. V péči o děti se rodiče museli spoléhat zejména sami na sebe, protože pomoc rodiny a přátel nebyla vždy samozřejmostí. Narození dětí přineslo změnu rovněž do fungování režimu rodiny, kdy děti vyžadovaly noční krmení nebo měly různé zdravotní obtíže, kvůli kterým si musela rodina odříct například cestování nebo rodinné dovolené minimálně v prvním roce života dětí. Dále byla pro rodiny vícčat velmi zatěžující finanční stránka, protože pobíraly stejný rodičovský příspěvek jako rodiny s jedním dítětem, ale náklady na materiální zajištění těchto rodin byly mnohonásobně vyšší.

Během hospitalizace dětí byla u matek (rodin) definována potřeba komunikace se zdravotnickým personálem a její zlepšení. Dále respondentky uváděly potřebu větší informovanosti a edukace, která bude spočívat v aktivním přístupu zdravotníků a nebude vycházet pouze ze směrnic a standardů ošetrovatelské péče. Edukace by měla být vhodně načasována a měla by respektovat individualitu edukanta (matky), rovněž by se do procesu edukace měl zahrnout otec dětí. Po dobu hospitalizace, ale i v běžném životě mají rodiny nedonošených dětí potřebu funkční psychosociální podpory. V domácím prostředí jim pak nejčastěji schází pomoc rodiny a přátel, limitující je rovněž výše rodičovského příspěvku.

Průzkumná část práce má své limity, nezkušenost výzkumníka (autorky práce) zejména při vedení rozhovorů z hlediska jejich délky, formulace dotazů a vzhledem k nízkému počtu respondentů a zvolené metodologii.

Praktickým výstupem této bakalářské práce je doporučení pro praxi porodních asistentek a dětských sester, aby při poskytování ošetrovatelské péče měly na paměti nejen fyzickou stránku žen, které předčasně porodily své děti, ale zaměřily se také na komunikaci, edukaci a uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacientů s respektováním jejich individuality.

6 POUŽITÁ LITERATURA

COOPER, Carol a Katy HYMAS, 2013. *Dvojčata: praktický a povzbudivý průvodce těhotenstvím, porodem a prvním rokem života dvojčat*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2102-0.

Česká správa sociálního zabezpečení, 2018 [online]. ČSSZ. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/otcovska.htm>

Český statistický úřad, 2018 [online]. ČSÚ. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61546938/130055180616.pdf/2662a016-f09e-4cc2-9e2c-6ef70a24b339?version=1.0>

Dobrotety, 2019 [online]. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <http://www.dobrotety.cz/o-nas/>

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, Jiří a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-7043-944-9.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2015. *Neonatologie*. 2., upravené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.

Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2019 [online]. Hradec Králové. [cit. 2019-05-08]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/detska/centrum-provazeni>

Fakultní nemocnice Olomouc, 2019 [online]. Olomouc. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://novorozenci.fnol.cz/jednotka-intenzivni-a-resuscitacni-pece-jirp/>

Fakultní nemocnice v Motole, 2018 [online]. Praha. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/odbor-komunikace/tiskovy-servis/novinky/archiv-2018/26112018-novorozenecka-televize/>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HUMPL, Lukáš, Jiří M. PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR, 2015. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. Brno: Grifart. ISBN 978-80-906-185-2-7.

MACKŮ, František a Evžen ČECH, 2002. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-92-0.

Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016 [online]. MPSV. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/porodne>

Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018 [online]. MPSV. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/rodicovsky_prisp

Nedoklubko, 2017 [online]. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/o-nas/>

Neonatology: Neonatologická centra, 2018 [online]. Česká Neonatologická Společnost © 2011–2019. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/neonatologicka-centra>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 2017 [online]. PSP ČR. [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/hl.sqw?o=7&s=56&d=20170412>

Pro Lékaře, 2008 [online]. Praha: Aspekty redukce embryí po IVF. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/asistovana-reprodukce/detail/aspekty-redukce-embryi-po-ivf-2117>

RULÍKOVÁ, Klára, 2008. *Dvojčata: [péče o děti, jejich zdravý vývoj a výchova]*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2113-9.

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

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

SCHNEIDROVÁ, Dagmar a kol., 2006. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. doplněné a přepracované vydání Praha: Grada. ISBN 80-247-1308-X.

Statistika & My, 2016 [online]. Praha: Český statistický úřad. č. 6 (11-12) [cit. 2019-02-03]. ISSN 1804-7149. Dostupné také z: <http://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2016/12/1804161112.pdf>

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ, Lenka ŠULOVÁ a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

WEIGERT, Vivian, 2006. *Všechno o kojení*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-071-2.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZWINGER, Antonín et al., 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Porody vícčet v letech 1950-2017</i> (ČSÚ, 2018)	82
Příloha B – <i>Seznam perinatologických center intenzivní a intermediární péče</i> (Neonatology, 2019)	84
Příloha C – <i>Osnova k rozhovorům</i>	85
Příloha D – <i>Martina, dvojčata Sebastian a Ariane</i> (Foto: rodinný archiv)	86
Příloha E – <i>Gabriela, dvojčata Šimon a Štěpán</i> (Foto: rodinný archiv)	89
Příloha F – <i>Soňa, dvojčata Štěpán a Gabriela</i> (Foto: rodinný archiv)	92
Příloha G – <i>Kristýna, dvojčata Ondřej a Lucie</i> (Foto: rodinný archiv)	95
Příloha H – <i>Renée, dvojčata Ella a Emma</i> (Foto: rodinný archiv)	98

Příloha A – Porody vícčet v letech 1950-2017 (ČSÚ, 2018)

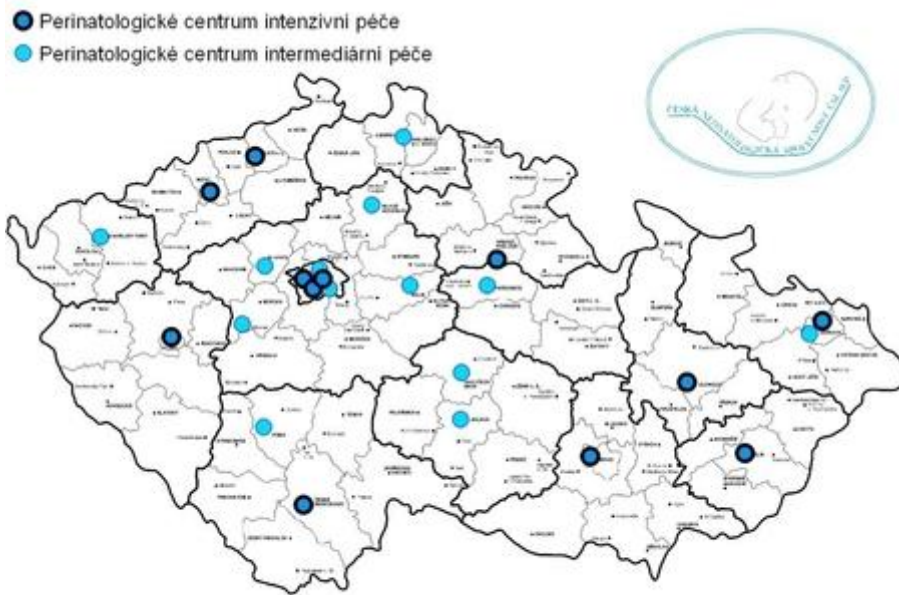
6-16 Porody vícčet v letech 1950–2017
Multiple deliveries: 1950–2017

Rok Year	Počet porodů celkem Number of deliveries, total	Z toho porody Deliveries				Porody vícčet z 1 000 porodů celkem Multiple deliveries per 1,000 deliveries, total
		dvojčet Twins	trojčet Triplets	čtyřčet a paterčet Quadruplets, quintuplets	vícčet celkem Multiple deliveries, total	
1950	189 391	2 222	21	-	2 243	12
1951	186 590	2 128	19	-	2 147	12
1952	180 876	2 065	27	-	2 092	12
1953	172 715	1 878	18	-	1 896	11
1954	168 360	1 924	8	-	1 932	11
1955	165 880	1 829	11	-	1 840	11
1956	162 413	1 806	12	-	1 818	11
1957	155 428	1 693	18	-	1 711	11
1958	141 681	1 552	9	-	1 561	11
1959	128 953	1 317	17	2	1 336	10
1960	128 860	1 287	7	-	1 294	10
1961	130 899	1 282	10	-	1 292	10
1962	133 416	1 257	11	-	1 268	10
1963	148 632	1 412	9	-	1 421	10
1964	154 287	1 359	10	-	1 369	9
1965	147 082	1 439	12	-	1 451	10
1966	140 879	1 313	7	-	1 320	9
1967	138 156	1 237	10	-	1 247	9
1968	137 149	1 221	13	-	1 234	9
1969	142 846	1 299	5	-	1 304	9
1970	147 453	1 410	15	-	1 425	10
1971	153 820	1 393	10	-	1 403	9
1972	163 181	1 525	19	-	1 544	9
1973	181 196	1 723	17	-	1 740	10
1974	193 518	1 867	15	4	1 886	10
1975	191 057	1 774	19	-	1 793	9
1976	186 776	1 726	10	-	1 736	9
1977	181 168	1 677	10	-	1 687	9
1978	178 306	1 660	26	-	1 686	9
1979	171 538	1 512	17	-	1 529	9
1980	153 194	1 441	15	-	1 456	10
1981	143 865	1 289	16	-	1 305	9
1982	141 170	1 308	20	-	1 328	9
1983	136 758	1 321	25	1	1 347	10
1984	136 349	1 220	9	-	1 229	9
1985	135 172	1 280	18	-	1 298	10
1986	132 731	1 174	17	1	1 192	9
1987	130 172	1 255	18	2	1 275	10
1988	132 028	1 187	10	1	1 198	9
1989	127 739	1 116	13	-	1 129	9
1990	129 908	1 152	17	-	1 169	9
1991	128 667	1 157	13	-	1 170	9
1992	120 958	1 151	15	1	1 167	10
1993	120 364	1 080	13	-	1 093	9
1994	105 888	998	13	1	1 012	10

6-16 Porody vícerať v letech 1950–2017
Multiple deliveries: 1950–2017

Rok Year	Počet porodů celkem Number of deliveries, total	Z toho porody Deliveries				Porody vícerať z 1 000 porodů celkem Multiple deliveries per 1,000 deliveries, total
		dvojčat Twins	trojčat Triplets	čtyřčat a paterčat Quadruplets, quintuplets	vícerať celkem Multiple deliveries, total	
1995	95 344	1 010	20	1	1 031	11
1996	89 668	1 034	29	1	1 064	12
1997	89 690	1 170	35	-	1 205	13
1998	89 338	1 447	22	-	1 469	16
1999	88 286	1 427	29	1	1 457	17
2000	89 754	1 368	22	1	1 391	15
2001	89 425	1 525	11	2	1 538	17
2002	91 502	1 502	20	1	1 523	17
2003	92 335	1 591	14	1	1 606	17
2004	96 078	1 813	19	-	1 832	19
2005	100 546	1 926	13	-	1 939	19
2006	103 985	2 115	15	-	2 130	20
2007	112 605	2 298	22	-	2 320	21
2008	117 429	2 381	16	-	2 397	20
2009	116 261	2 378	14	-	2 392	21
2010	114 976	2 446	12	-	2 458	21
2011	106 921	2 049	10	-	2 059	19
2012	106 952	1 987	8	-	1 995	19
2013	105 310	1 779	12	1	1 792	17
2014	108 547	1 683	11	-	1 694	16
2015	109 519	1 617	13	-	1 630	15
2016	111 396	1 667	10	-	1 677	15
2017	113 181	1 584	12	-	1 596	14

Příloha B – Seznam perinatologických center intenzivní a intermediární péče (Neonatology, 2019)

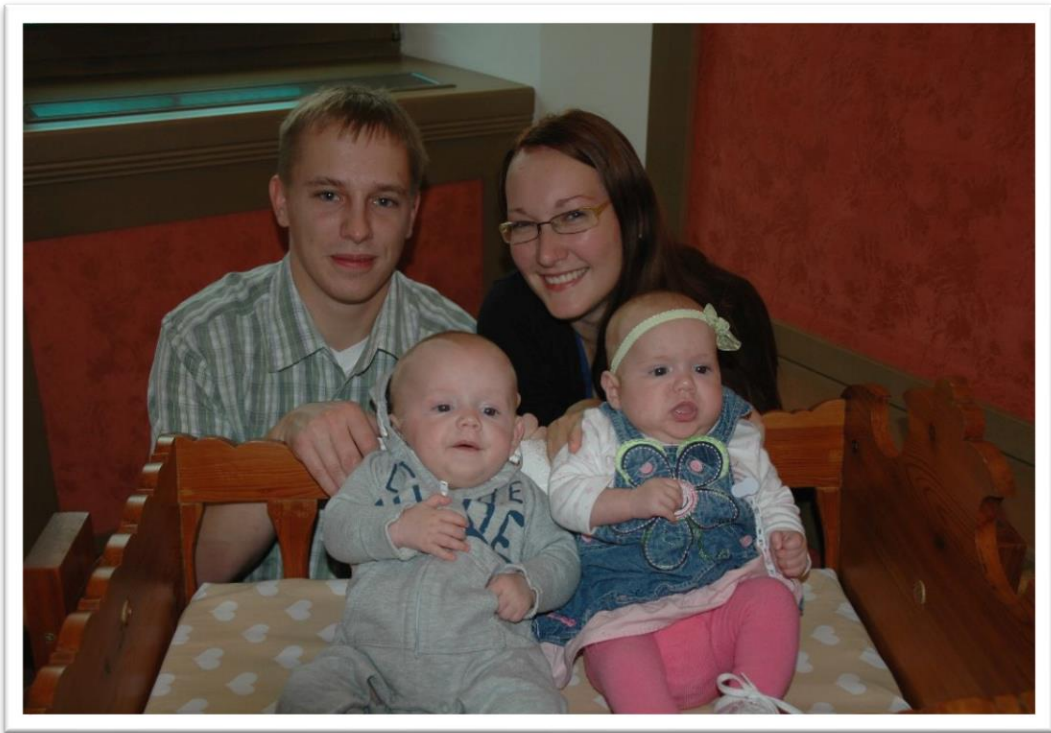


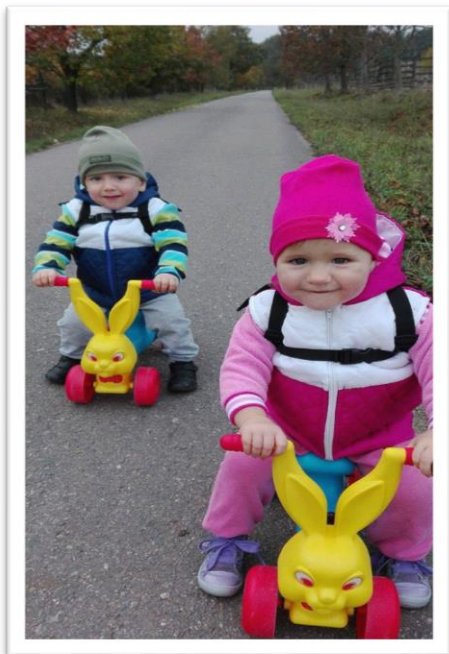
Osnova k rozhovorům

- Souhlas s rozhovorem – možnost zveřejnění údajů.
- Základní údaje.
- Početí dvojčat.
- Těhotenství – průběh a rizika.
- Porod – začátek, způsob vedení porodu, otec u porodu, zdravotnický personál.
- Období po porodu – stav dětí, informovanost o stavu dětí – matka, pocity matek, možnost focení dětí, zdravotnický personál, informace při propuštění z nemocnice včetně KPR.
- Krmení dětí – kojení (problémy, odsávání, pomůcky, laktační poradkyně, délka kojení, zdravotnický personál, edukace) a příkrmy.
- Zdravotní aspekty péče – zdravotní problémy dětí, zdravotní problémy matek, psychomotorický vývoj dětí – aktivity a hra s dětmi, režim dne, klokákování, případná hospitalizace, nemocnost a úrazy dětí.
- Sociální aspekty – rodina a role otce v péči o děti, sociální okolí (hlídání), bydlení, doprava, finance (dovolená, nákupy), přenášení dětí, kočár, návštěvy lékařů (dětský lékař) a poradny.
- Ukončení rozhovoru – poskytnutí dokumentů (fotografií).

Příloha D – *Martina, dvojčata Sebastian a Ariane* (Foto: rodinný archiv)







Příloha E – Gabriela, dvojčata Šimon a Štěpán (Foto: rodinný archiv)







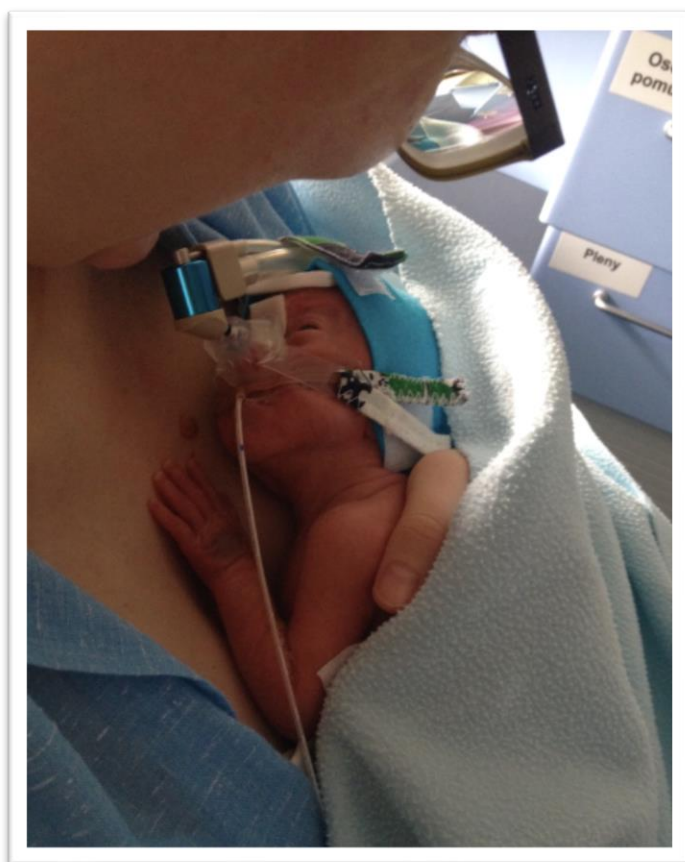
Příloha F – Soňa, dvojčata Štěpán a Gabriela (Foto: rodinný archiv)



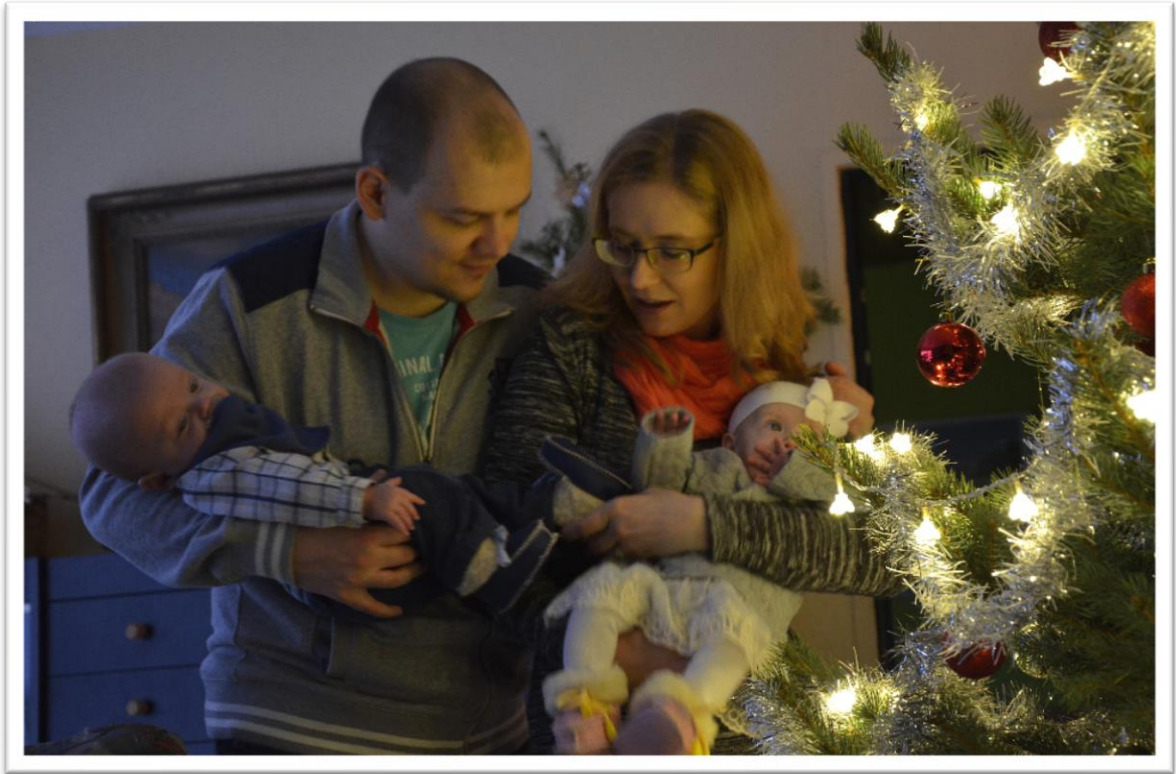




Příloha G – *Kristýna, dvojčata Ondřej a Lucie* (Foto: rodinný archiv)







Příloha H – *Renée, dvojčata Ella a Emma* (Foto: rodinný archiv)





