

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Katedra psychologie a patopsychologie

Bc. JANA VALERIÁNOVÁ

II. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy a český jazyk
se zaměřením na vzdělávání

NÁVYKOVÉ LÁTKY V TĚHOTENSTVÍ – SYNDROM FAS

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

OLOMOUC 2013

Čestně prohlašuji, že jsem zde předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 8. 4. 2013

.....

Děkuji Mgr. et Mgr. Ivetě Tiché, za odborné vedení, čas a cenné podněty, které mi poskytla při vypracování diplomové práce.

***„Nic nezavinilo tolik starostí, tolik chorob a bídy jako
požívání alkoholu.“***

Charles Darwin

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ZÁVISLOST	9
1.1 Definice závislosti.....	9
1.2 Příčiny vzniku závislostí.....	11
1.3 Druhy závislostí	15
1.4 Fáze závislosti.....	17
1.5 Prevence závislosti.....	18
2 UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ.....	21
2.1 Definice drog	21
2.2 Dělení drog a jejich vliv na těhotenství	22
2.3 Charakteristika drogově závislých těhotných	28
2.4 Novorozenecký abstinenční syndrom.....	31
2.5 Sociální dopad těhotných drogově závislých žen	32
3 UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU V TĚHOTENSTVÍ.....	35
3.1 Alkohol	35
3.2 Typy konzumentů	37
3.3 Typy závislostí na alkoholu a jeho fáze.....	39
3.4 Alkoholismus u žen	43
3.5 Poškození plodu alkoholem.....	45
4 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM	48
4.1 Historie syndromu FAS	48
4.2 Definice syndromu FAS	49
4.3 Klasifikace dle MKN	50
4.4 Diagnostika FAS.....	51
4.5 Charakteristické znaky FAS	52
5 PÉČE O TĚHOTNOU ŽENU A JEJÍ DÍTĚ	55
5.1 Péče o těhotné v ČR.....	55
5.2 Léčba závislosti v těhotenství.....	55
5.3 Charakteristika dospělých dětí alkoholiků.....	58

PRAKTICKÁ ČÁST	59
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	59
6.1 Cíl praktické části	59
6.2 Výzkumné otázky	59
6.3 Výběr metod k výzkumu.....	60
6.4 Metody výzkumu	60
6.5 Volba výzkumného vzorku.....	62
7 KAZUISTIKY DĚTÍ.....	63
7.1 Kazuistika č. 1.....	63
7.2 Kazuistika č. 2.....	65
7.3 Kazuistika č. 3.....	67
7.4 Kazuistika č. 4.....	69
7.5 Kazuistika č. 5.....	71
7.6 Kazuistika č. 6.....	74
8 DISKUSE.....	77
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM LITERATURY.....	80
SEZNAM ZKRATEK.....	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	91
ANOTACE	

ÚVOD

Téma zabývající se problematikou fetálního alkoholového syndromu jsme zvolili za účelem prevence ohrožených skupin tj. zejména budoucích matek. Kvůli vzrůstajícímu trendu uživatelů návykových látek, pojmeme-li tento fakt v obecné rovině, je nutno poukázat na jejich nebezpečí a důsledky, z čehož vyplývá důležitost osvěty celé naší společnosti, nejen, jak by se mohlo na první pohled zdát, mladistvých.

Cílem diplomové práce je skrze souhrnné a ucelené zpracování informací obeznámení odborné i laické veřejnosti s pojmem „fetální alkoholový syndrom“, o kterém, jak se zdá, není společnost stále dostatečně informována. Sjednocení informací přinese důležitost v práci pedagogických pracovníků, kteří mají jen nepatrné povědomí o tomto problému a z toho vyplývá i nedostatek poznatků pro následnou práci a péči o tyto děti. Diplomová práce by měla poukázat na tento problém v celé své šíři, a tím přimět k zamyšlení veřejnost. Nejedná se totiž o izolovanou jednotku, nýbrž o komplexní působení společnosti, rodiny, školy a dalších vnějších vlivů.

Dnešní velmi uspěchaná doba skýtá na člověka mnoho nástrah. Drogy, alkohol a cigarety jsou stále více diskutovanými tématy v naší společnosti. I přes stálý boj proti těmto látkám se jejich užívání neustále zvyšuje. Důsledek tohoto trendu je jistě i v mnohem větších nárocích společnosti, které jsou kladeny na jedince, což způsobuje větší míru stresu, vlivy na celkový životní styl – obezita aj. Člověk se poté uchyluje k náhradním řešením, které mu pomohou zapomenout, „vypnout“, odreagovat se. Toto vše nabízí zprvu nenápadná a ničím neohrožující sklenka alkoholu, míra na něm se však postupem času zvyšuje a s ním i jeho následky. Izolace od přátel, rodiny, partnera až úplné „klesnutí na dno“. Musíme se zamyslet nad tímto problémem, který je vždy lepší podchytit u samotného zrodu. Alkohol se stal legální drogou, která je součástí naší kultury a řadí se mezi nejběžnější drogy. Neohroženější skupinou se u nás staly právě osoby, konkrétně tedy gravidní matky, u nichž alkohol způsobuje nedozírné následky. Tyto ženy závislé na alkoholu či jiných návykových látkách často své těhotenství neplánují, nezřídka se stává, že o něm ani neví. Vliv na návykových látkách, ať už hovoříme o již zmiňovaném alkoholu, drogách či nikotinu jsou pro průběh těhotenství a vývoj dítěte velmi nebezpečné. Po porodu mají problémy nejen matky, ale zejména novorozenci, kteří se rodí s různými poruchami např. hyperaktivity, chování, učení či s různým typem postižením např. mentální retardací. Z hlediska mého pohledu tj. speciálního pedagoga je velmi důležité znát primární příčiny a vlivy těchto problémů, a

to nejen pro samotnou práci s dítětem, ale též pro společnou práci s matkou. Tímto bychom chtěli apelovat na budoucí matky, aby se zamyslely nad svým způsobem života, že kvůli své chuti na alkohol, ničí zdraví nejen své, ale také svého budoucího dítěte.

Diplomová práce je členěna do dvou částí s několika kapitolami. Teoretická část diplomové práce obsahuje úvod a pět kapitol, které se dále dělí dle obsahu na podkapitoly.

V první kapitole se zmiňujeme o závislosti v obecné rovině, o jejích příčinách vzniku, fázích, druzích, a také uvádíme důležitost prevence.

Další kapitola pojednává o drogách. Vymezuje definici drog, jejich dělení, příčiny a dopady na těhotenství. Dále uvádíme charakteristické znaky drogově závislých gravidních matek.

Třetí kapitola seznamuje s další velmi častou návykovou látkou, a tou je alkohol. Charakterizujeme zde jednotlivé typy konzumentů alkoholu; fáze alkoholismu; specifika alkoholismu u žen aj.

Ve čtvrté kapitole se zabýváme syndromem FAS, především jeho historií, klasifikací, diagnostikou, a také charakteristickými znaky.

Poslední kapitola teoretické části pojednává o péči, která je poskytována těhotným ženám a jejich dětem, které se narodily se závislostí.

Praktickou částí diplomové práce je výzkumné šetření dětí s FAS. V úvodní kapitole stanovujeme cíl diplomové práce, ve druhé části charakterizujeme výběr respondentů, metody výzkumu a jejich vyhodnocení.

Poslední kapitolou je diskuse, ve které se zamýšlíme nad osudy dětí, které jsou postihnuty syndromem FAS, a jejich matkami závislými na návykových látkách.

Závěr diplomové práce je věnován shrnutí. Za ním uvádíme seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

V této kapitole si přiblížíme pojem závislost. Vymezíme nejčastější příčiny vzniku závislosti, její fáze a druhy. Důležitým bodem této části bude i prevence.

1.1 Definice závislosti

V minulosti se pojem závislost používal pouze v souvislosti s drogami a alkoholem. V dnešní době se tato skupina stále rozrůstá o nové druhy závislostí. Současnou společnost k tomu nutí především způsob života a velký tlak masmédií.

Z výše uvedených informací můžeme posoudit, že závislost je celospolečenský problém se sociálním, kriminologickým i zdravotním dopadem. Společnými a nebezpečnými riziky všech návykových látek jsou úrazy, otravy a dopravní nehody. Nezanedbatelným faktem také je, že lidé pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, se častěji stávají obětí trestného činu, nebo se trestného činu sami dopouštějí (Sochůrek, 2009).

U mladých lidí se dlouhodobější užívání návykové látky projeví zaostáváním za vrstevníky ve vzdělání, v sociálních dovednostech, ale např. i v pracovních návycích. Velmi nebezpečné jsou návykové látky zejména u těhotných žen (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

Závislost je stádium periodické nebo chronické otravy, škodlivé pro jedince i společnost. Je vyvolána požíváním přirozené nebo syntetické látky (Mečíř, 1989).

Závislost na návykových látkách včetně alkoholu a tabáku je v Mezinárodní klasifikaci nemocí definována následovně: „*Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, z nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu je závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u něhož se závislost nevyskytuje.*“

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
 - b) potíže v kontrole užívání látky, v takovém případě, pokud jde o začátek či ukončení nebo množství látky;
 - c) somatický odvykací stav, kdy je látka užívaná s úmyslem zmenšit jeho příznaky;
 - d) tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolaného nižšími;
 - e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání návykové látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
 - f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, poškození jater nadměrným pitím, nebo toxické poškození myšlení
- (Nešpor, 1999).

Diagnóza závislosti je adekvátní, pokud se v průběhu jednoho roku objevily nejméně tři z těchto popsaných fenoménů:

- pilná touha užívat látku
- při velkém množství látky problémy v sebeovládání
- abstinenci příznaky
- tolerance k alkoholu
- zanedbávání zájmů
- pokračování užívání návykových látek i přes značné následky

(Řehan, 1994).

Závislost je stav vyplývající z opakovaného požití drogy – návykové látky. Projevuje se změnami v prožívání a chování. Z těchto změn je typická neodolatelnost nutkání požívat drogu stále nebo periodicky pro její účinky na psychiku. Závislost psychická je tam, kde si osoba myslí, že potřebuje pokračovat v užívání drogy, aby se vypořádala se svým životem. Závislost fyzická je tam, kde si tělo zvykne na přítomnost drogy a osoba musí dodržovat její užívání, aby zabránila abstinenci syndromu (Vodičková, 1999).

„Závislost vyznačuje patologickou formu vztahu jedince k danému tématu. Taková osoba je tímto vztahem plně ovládána a následkem jsou pro ni ztráty psychické, sociální, morální a fyzické povahy. Může vézt k celkovému sebezničení, včetně patologického vlivu na nejbližší okolí.“ (Sovák, 2000, s. 411)

Definici závislosti uvádí ve své knize také Záškodná (2004, s. 10): *„Termín závislost na látkách označuje psychický stav a někdy také somatický stav, vyplývající z interakce organismu a dané látky charakterizovaný nutkavým chováním požívat danou látku. Závislost vymezují dva znaky: tolerance a abstinenční syndrom.“*

Definice závislosti dle Křivohlavého (2001, s. 21): *„Znamená to být něčím posedlý. Člověka to zotročí, zbaví ho to vnitřní svobody a nakonec i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost tak znamená „být lapen“, chycen, zajat, a pak pomalu i zničen. Začátek závislosti není příliš dramatický. Je jím např. první sklenička, první cigareta, první dávka drogy. Je jím popření toho, že něco není správné, popření morálních hodnot, ztráta perspektivy a správného vidění reality“*

Pokorný a kol. (2000, s. 9) vymezili závislost, jako *„negativní sociální fenomén vypovídající o ovládnutí člověka prostřednictvím různých chemikálií přírodních i syntetických, případně předmětů či situací a předmětů v nich.“*

1.2 Příčiny vzniku závislostí

Problém závislosti je problémem multidisciplinárním. Kombinují se zde vlivy sociální, psychologické i biologické. Dochází tak ke vzájemné interakci všech faktorů ovlivňující vznik, vývoj a projevy závislosti (Urban, 1973). Nejdůležitější kritérium závislosti je neschopnost kontrolovat své chování.

Počátek jakékoli závislosti souvisí s nejrůznějšími příčinami, fyzickými, psychickými, sociálními, zdravotním stavem či rodinným prostředím, ve kterém jedinec vyrůstal nebo se v současné době nachází. Problémy v soukromém nebo v pracovním životě, stres, špatná životospráva, úzkost, pocit méněcennosti. Všechny tyto a další nežádoucí vlivy patří mezi velká rizika vedoucí nás do situace, ze které mnohdy nevíme jak utéci. A právě v této fázi člověk většinou sahá po jakékoli droze, jako

tlumícím účinku všech jeho strastí (Kalina, 2003).

Štablová (1994) konstatuje, že působení jednotlivých typů faktorů, které se navzájem ovlivňují ve složitých příčinných vazbách, vede k závislosti.

Závislosti se liší intenzitou u různých typů drog. Na vzniku závislosti má podíl jak závislý sám, tak i jeho okolí. „*Je třeba mít na mysli, že závislé nelze vnímat jako delikventy ani jako nemocné lidi. Neboť jim nelze upírat svobodu a odpovědnost při jejich rozhodování. Bylo jejich svobodnou vůlí, že se rozhodli pro užití drogy, a její opakované další užívání.*“ (Pokorný, 2000, s. 12)

Mezi základní příčiny vzniku závislostí na návykových látkách můžeme rozlišit nejméně tři skupiny činitelů, kteří se na tomto jevu podílejí – **droga, člověk a prostředí**. K závislosti dojde tehdy, jestliže se jedinec setká s drogou, která u něj vyvolá neodolatelné nutkání ji znovu užívat. Dochází k tomu zejména v sociálních situacích, které toto setkání s drogou usnadňují.

Na vzniku závislosti se podle Presla (1995) podílejí tři základní činitelé:

1. Osobnost člověka - dědičnost

Musíme podotknout, že neexistuje osobnost, u které by nebylo možné vypěstovat závislost, a která by byla zároveň před tímto negativním a nežádoucím jevem chráněna. Proto je velmi důležité, abychom se zabývali celou strukturou osobnosti. Presl konstatuje, že vznik závislosti je vyšší u osob:

- a) zvýšeně citlivých, zranitelných, úzkostných, které trpí komplexem méněcennosti. Problémy nastávají především v oblasti komunikace, s čímž souvisí samozřejmě navazování partnerských vztahů. Nejžádanějšími drogami jsou v tomto případě stimulační látky.
- b) extrovertních, které mají sklony k impulzivité, k podrážděnosti, k dramatizování a zvýšené aktivitě. Právě zvýšená aktivita vede často ke konfliktům v okolí, škole a sklonu k agresivitě. Tito jedinci se vyznačují velkou nestálostí. Mají v oblibě opiáty pro jejich tlumivý a zklidňující účinek.

2. Vliv prostředí

Prostředí je jedním z nejdůležitějších faktorů podílejících se na vzniku závislosti. Do této skupiny můžeme zařadit vše, co nás kolem obklopuje tj. škola, rodina, vrstevníci, zaměstnání, masmédiá. Působí, formují a směřují náš pohled na život.

a) **Rodina** - má největší vliv na osobnost člověka. Faktory ovlivňující vznik závislosti:

- Hyperprotektivní rodiče, častěji matky, které se vyznačují svou přílišnou péčí o své děti. Především v období puberty nastává tento problém, kdy matka své dítě neustále a nadměrně opečovává.
- Nedostatečná péče rodičů. Na své děti nemají dostatek času, nevěnují se jim, zanedbávají jak děti samé, tak i jejich potřeby, důležité pro rozvoj osobnosti.
- Závislostní chování některého z rodičů.

b) **Vrstevníci, parta** – vzájemné působení a ovlivňování mezi kamarády, vrstevníky či spolužáky může být pro jedince jak kladný, tak i záporný důsledek. Nejrizikovější skupinou jsou děti zejména ve věku 13 – 15 let.

- Vrstevníci a kamarádi, kteří mají odmítavý postoj k drogám. Zde můžeme konstatovat, že hrozí menší riziko vzniku závislosti.
- Další skupinu tvoří mládež, jejíž vztah k drogám je naopak velmi tolerantní. Jedná se především o skupinu, která obvykle vyznává určitou životní filozofii, ve které je droga chápána jako módní prostředek, který slouží k dosažení blahodárného stavu. Droga se tak stává prostředkem, nikoli cílem.
- Ovšem největším rizikem je vstup do party, která drogy užívá. Čím větší je jejich závislost, tím větší jsou konflikty mezi členy. Často poté dochází k rozpadu party.

c) **Škola**

- Stres, vysoké nároky ve škole.
- Nepřiměřený přístup učitele k žákovi.
- Neoblíbenost v třídním kolektivu.
- Špatné školní výsledky.

d) Zaměstnání a partnerské vztahy

- Riziková místa, kde je člověk přímo vystavován kontaktu s návykovými látkami.
- V oblasti partnerského života, kdy jeden z partnerů je závislý na jakékoli droze.

e) Životní prostředí

- Doba, ve které žijeme, se neustále zrychluje, je hektická, plná stresu, přelidněnosti, hlukové zátěženosti, smogu.
- Vliv na životní prostředí má sám člověk, který do ní neustále zasahuje např. chemickými prostředky, odpadky, freony apod.

f) Vliv masmédií – jsou součástí našeho každodenního života, a aniž bychom si to uvědomovali, ovlivňují nás i naše okolí. Nepřímo působí na socializaci jedince a mají velký sklon ke stereotypu. Plní funkci zábavnou, informační, sociální, kulturní a politickou. Velmi často u masmédií můžeme spatřovat jednostranný a zavádějící pohled na problematiku týkající se závislosti.

3. Droga

„Smiřme se s tím, že drogy jsou všude kolem nás a těch ilegálních bude stále více a budou stále více vidět. Stát nás neochrání. Jedinou pomocí je si pomoci sami. Znat realitu a její rizika. Umět odmítnout. Umět zvolit menší zlo, pokud je to nutné. Přijmout zodpovědnost za vlastní chování.“ (Presl, 1995, s. 59)

Kalina uvádí šest základních faktorů rozvoje závislosti:

- 1. Drogy umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými,** drogy působí na člověka dojemem všeléku, přináší moc, poznání a sex.
- 2. Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj,** umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života
- 3. Zbavení se nepříjemného stavu,** akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či duševní poruchy
- 4. Vyvolávání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků,** což vede pro své účinky často ke vzniku závislosti.

5. **Usnadnění přizpůsobení**, droga se často stává prostředkem vyjádřením náležitosti k určité skupině.
6. **Součást asociálního životního stylu**, kdy droga dostává závislého na okraj společnosti.

Tyto faktory uvádí Štablová (1997):

- moderní koncepce rodiny,
- sociální problémy,
- eroze idejí, myšlenek a směrů myšlení,
- narušení morálky a náboženských tradic,
- ztráta větší komunikace, rozšíření svobod a uvolněnosti, vedoucí k individualismu a konzumní společnosti.

1.3 Druhy závislostí

Závislost lze rozdělit na psychickou a fyzickou:

Psychická závislost

Tato složka závislosti je hůře ovlivnitelná. Její zvládnutí a překonání vyžaduje velké úsilí, aby člověk zvládl svou vůli, potlačení chuti a nutkání po návykové látce. Mezi typické příznaky patří nesoustředěnost, roztěkanost, poruchy spánku. Závislý člověk často své jednání směřuje k tomu, aby co nejdříve získal návykovou látku. Jedná tak bezmyšlenkovitě a bez uvědomění si, co vlastně dělá a páchá za činy. Psychickou závislost můžeme považovat za příčinu léčebných programů, jako jsou psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, léčebné programy nebo doléčovací centra. Tato závislost je příčinou mnoha trestních činů a recidiv i po několikaleté absenci. Samotné zvládnutí této formy závislosti trvá i několik měsíců nebo let, a od člověka se tím vyžaduje zásadní změna v myšlení, chování, hodnotových orientací, vztahu k prostředí a vůbec celá změna životního stylu.

Fyzická závislost

Uživatel je nucen dodržovat určitý časový odstup mezi jednotlivými dávkami, jelikož tělo začne vyžadovat návykovou látku ke svému obvyklému fungování. Jestliže ji tělo nedostane, dochází k tomu, že tělo se začne látky dožadovat a člověk má neukojenou touhu drogy do těla dostat. Potřeba získat látku do těla postupně sílí, až se dostavuje stav nazývaný se „absták“. V tomto stádiu je nutkání vzít si návykovou látku tak silné, že se jedincům nedaří tento stav nijak potlačit, ani se mu vzepřít (SANANIM 2007, Sochůrek 2009).

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, stanovila tyto nosologické jednotky závislosti

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulancích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Druhy závislosti dle Křivohlavého:

Substanční závislost (ingestivní): Jedná se o závislost na přijímaných látkách, jako je káva, alkohol, nikotin, sedativa, stimulancia, halucinogenní a jiné drogy. Jde především o to, že závislost na návykové látce způsobuje změnu emocionálního stavu, ovlivňuje i poznávací schopnosti a činnosti.

Procesuální závislost: V tomto případě se jedná o závislost na činnosti. Lidé takto závislí nejsou schopni korigovat své činnosti, jako je hra hazardních her či automatů, patří sem také třeba workoholici, extrémní vyznavači adrenalinových a jiných sportů, osoby závislé na náboženských či jiných rituálech (Křivohlavý, 2001).

Existuje více možných způsobů dělení závislosti, zde uvádíme rozdělení dle Mühlpachra.

Mezi tradiční závislosti patří:

1. Alkoholová závislost
2. Drogová závislost
3. Závislost na cigaretách tzv. tabakismus
4. Závislost na hracích automatech a sázení tzv. gambling

Mezi nové druhy závislostní chování řadíme:

1. Netomanie – závislost na internetu
 2. Závislost na televizi
 3. Závislost na práci – workoholismus
 4. Sexuální závislost
 5. Patologické nakupování – shopaholismus
 6. Závislost na jídle – bulimie, anorexie
- (Mühlpachr, 2008).

1.4 Fáze závislosti

Fáze vývoje závislosti můžeme rozdělit podle Waldmanna **do 4 etap:**

1. Etapa

V této fázi je nejdůležitějším faktorem hledání sebe sama, prožívání mezigeneračních problémů, konflikty, vztahy.

2. Etapa

Vyznačuje se vytvářením a stabilizováním skupiny, ve kterých se užívají drogy, pokud tam chce jedinec patřit, musí se přizpůsobit.

3. Etapa

Zde už se jedná o vytvoření vlastní závislosti na droze bez ohledu na prostředí, okolí apod. Drogu potřebuje on sám.

4. Etapa

Nejtěžší případ závislosti, při které vznikl i fyzický návyk. Největší starostí těchto osob je opatření si drogy. V případě, že se droga do těla včas nedodá, dochází k abstinenčním příznakům. V této fázi závislí prožívají úlevu, kterou požití drogy přináší. Z toho důvodu se i snaží neustále udržovat obsah drogy v těle.

1.5 Prevence závislosti

Prevence (z lat. *Praevenire* = předcházet, včasná ochrana, obrana) znamená soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu (např. nemocem, drogovým závislostem, zločinům, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, atd.). Taková opatření se nazývají **preventivní** a jejich cílem je snižovat výskyt a zabraňovat rozvoji negativních jevů ve společnosti (Průcha, Poliaková, 2001).

Pojem „prevence“ pochází z latinského slova *praevenire*, což znamená předcházet, včasná ochrana, obrana. Označuje tedy všechny komplexní činnosti, jejímž cílem je snižovat výskyt a zabraňovat rozvoji negativního jevu ve společnosti (Nešpor, 1999).

Prevenci není možné chápat, jako samoučelné poskytování informací o návykových látkách, ale naopak má:

- předcházet tomu, aby žáci zneužívali návykové látky včetně alkoholu a tabáku,
- posunout setkání s návykovými látkami včetně tabáku a alkoholu do pozdějších let, kdy se zvýší odolnost a sníží rizika,
- omezit experimentování s návykovými látkami,
- předcházet zdravotním poškozením působeným návykovými látkami včetně závislosti (Nešpor, 2003).

„Cílem prevence je předcházet škodám působeným návykovými látkami. Účinná prevence musí ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví.“ (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, s. 30)

Typy prevence:

- *Primární prevence* – cílem je předcházet problémům s návykovými látkami a těch, kdo je ještě nezačali užívat.
- *Sekundární prevence* – také nazývána časnou intervencí. Jejím cílem je intervenovat u těch, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil. Cílem je zneužívání návykových látek zastavit či omezit na nejnižší možnou míru.
- *Terciální prevence* – prakticky léčba závislosti na návykových látkách.

V této souvislosti uvádíme i jiné rozdělení prevence, se kterým je možné se setkat:

1. Prevence, která se dále dělí na tři podskupiny:

- všeobecná – určena celé populaci, všem žákům ve třídě,
- selektivní – určena těm, u nichž existuje z nějakého důvodu zvýšené riziko (děti alkoholiků, ti, kteří ve škole selhávají),
- indikovaná – určena těm, u nichž ještě není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost, ale kteří vykazují některé varovné známky užívání návykových látek.

2. Léčba.

3. Udržování stavu (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998).

1. Primární prevence

Cílem primární prevence je, aby závislost na návykové látce vůbec nevznikla. Základem této prevence tvoří rodina a řádná výchova. Rodina by měla v dítěti pěstovat zdravé sebevědomí a o nebezpečí návykových látek otevřeně hovořit. Měla by dítě seznámit s důvody, proč nebrat drogy a jaké následky může člověku způsobit.

2. Sekundární prevence

Zahrnuje včasné odhalení problému a jeho případnou léčbu. První příznaky užívání drog jsou nepatrné a v počátcích užívání je maskování snadné. Teprve poté, co se závislost prohlubuje a jedinec ztrácí kontrolu, objevují se první viditelné příznaky závislosti. Rodiče si začnou všimnout u potomka změn nálad a chování, podrážděnosti, únavy, hubnutí. V tomto stádiu je již nutná spolupráce se specializovaným terapeutickým centrem. Léčebný proces je podporován státními i nestátními zařízeními.

3. Terciární prevence

Nastupuje poté, co již nemoc vznikla a způsobila nějaké poškození. Cílem je předejít dalším škodám. Terciární prevence vychází ze skutečnosti, že jsou lidé, kteří nepovažují vlastní užívání drog za problém, a proto se ani nehodlají léčit. V tomto případě se využívá péče na místo léčby, tj. bezplatné poskytování čistých, sterilních jehel, stříkaček toxikomanům. Nezastupitelnou roli zde zaujímá samozřejmě dostatečná informovanost.

Jestliže všechny preventivní nebo léčebné pokusy selhaly, využívá se tzv. substituční léčby. Substituční léčba spočívá v nahrazení ilegální (nečisté) drogy drogou chemicky čistou a legální ve specializovaném zařízení. Po dohodě se závislým jedincem je možné postupně dávku snižovat a dospět tak společnými silami až k abstinenci.

Terciární prevence zahrnuje v neposlední řadě činnost zařízení, kde je prováděna soudem nařízená odvykací léčba. Jedná se o psychiatrické léčebny či vězeňská zdravotnická zařízení (Dunovský a kol., 1999).

V severoamerické literatuře můžeme nalézt dělení prevence na (Csémy, 1998):

1. Prevence

- prevence se dělí na další tři podskupiny

Všeobecná prevence

Všeobecná prevence je určena celé populaci, dětem, dospívajícím, dospělým. Většinou se využívá standardizovaných programů a jsou využitelné pro širokou škálu zařízení. Jejich cílem je však záměrné působení na psychiku jedince, informační činnost a pozitivní využití volného času. Rizikový jedinci jsou však často těmito programy neovlivnitelní, k problému je nutný individuální přístup a časově náročnější postup prevence.

Selektivní prevence

Zaměřuje se na děti a mládež, které jsou v riziku závislostního chování, ale návykové látky neužívají. Selektivní prevence je mnohem náročnější, je cíleně zaměřena na jedince podle charakteru ohrožení.

Indikovaná prevence

Je určena pro jedince, kteří s návykovými látkami experimentují, nebo vykazují podezřelé chování, ale jejich škodlivé užívání nebo závislost nelze jednoznačně diagnostikovat.

2. Léčba

- určena již nemocným jedincům, kteří návykovou látku užívají.

3. Udržování stavu a prevence recidiv

2 UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ

V následující kapitole si vymezíme definici drog, jejich dělení a vliv na těhotenství.

2.1 Definice drog

Pro drogovou závislost se dříve užíval název toxikomanie nebo též narkomanie. Původní označení je dnes nahrazeno, dle doporučení Světové zdravotnické organizace, termínem „drogová závislost“. Můžeme se tedy setkat s nesčetným množstvím definic drogové závislosti.

„Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy.“
(Vavřínková, 2006, s. 13)

Stanovisko Světové zdravotnické organizace z r. 1969 zní: *„Droga je jakákoliv látka, která, je-li vpravena do lidského organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“*

Droga je psychoaktivní látka, která dokáže vyvolat iluzi, popř. i skutečný pocit štěstí, pohody, síly, mimořádných schopností, fantastických zážitků a inspirace. Může člověka na určitou dobu zbavit starostí, strachu či nejistoty, zlepšit jeho sebehodnocení a dosáhnout rychlého a snadného uspokojení, a to prakticky ihned a bez vynaložení jakékoliv námahy. Současně ale má její užívání nepříznivé důsledky pro lidský organismus (Čáp, 2001).

Pojmy jako návyková látka, droga, omamná nebo psychotropní látka se liší definicí stejně tak autorem. Podle Kubánka (2010) slovo droga pochází z arabského označení „durana“, což původně znamenalo léčivo. Užívání drogy je pak pojem obvykle zahrnující užívání zákonem nepovolené látky.

Ganeri (2001, s. 5) zase uvádí, že: *„Droga je jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně nebo jako přísada.“*

„Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 130)

2.2 Dělení drog a jejich vliv na těhotenství

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou dělení psychotropních látek. Každý autor je pojímá z různých hledisek. Pro naši práci uvádíme základní dělení, které je známé většině společnosti, a poté konkrétnější od autora Zábranského.

Legální drogy - V České republice, stejně jako v ostatních evropských zemích nejčastěji užívané legální drogy jsou alkohol a tabák. Mezi legální drogy řadíme léky a těkavé látky, které jsou u nás snadno dostupné. Z legálně dostupných látek je patrně vůbec nejčastěji užívanou drogou kofein, látka obsažená v kávě a čaji.

Nelegální drogy – Mezi nelegální drogy řadíme látky, které jsou zakázané a jejich užívání nebo distribuování trestné. Mezi nelegální drogy řadíme halucinogeny, opiáty, konopné drogy, stimulancia.

Dále se můžeme setkat s dělením drog dle rizika závislosti. Toto dělení se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním. Zjednodušeně lze říci, že čím je droga "tvrdší", tím větší poškození je schopna vyvolat.

Měkké drogy – do této skupiny řadíme *marihuanu, kofein či hašiš*. Tyto drogy mají utišující, mírný účinek na organismus.

Tvrdé drogy – skupinu tvrdých drog zastupuje *pervitin, heroin nebo kokain*. Ve většině případů se setkáváme s tím, že užívání tvrdých drog vede ke vzniku závislosti. I když nemusí dojít k přímé závislosti na těchto drogách, může se stát jejich užívání pro organismus velmi rizikové. Tvrdé drogy působí rychle a prudce. Čím více je droga „tvrdší“, tím větší poškození organismu je schopna vyvolat (Presl, 1995).

Tabulka č. 1. Míra rizikovosti některých běžně užívaných látek.

Míra rizika	„Tvrđost“	Zástupci
Vysoká	Tvrđé	Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD
Vysoká až střední	Tvrđé	Lysohlávky Kokain Pervitin
Střední	Tvrđé	Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein
Relativně malá	Měkké	Marihuana Hašiř Kokový čaj
Prakticky bez rizika	Měkké	Káva Čaj

(www.odrogach.cz)

Mezi nejčastěji užívané nelegální drogy v ČR řadíme:

1. **Konopné látky** – celoživotní zkušenost s marihuanou či hašiřem má téměř 44% mladých lidí.
2. **Stimulační látky** – nejvíce oblíbenou stimulační látkou je extáze. 8% studentů uvedlo, že má s extází celoživotní zkušenost. Zkušenosti především s pervitinem nebo jinou stimulační látkou má 4% studentů.
3. **Halucinogeny** – LSD nebo jiné halucinogeny užilo v životě necelých 6 % mladých lidí.

4. **Těkavé látky** – těkavé látky užilo v životě 9% studentů.
5. **Opiáty** – Heroin nebo jiné opiáty zkusilo v životě 3% mladistvých (Csémy a kol., 2006).

Zábranský (2003) uvádí tři typy klasifikace:

- 1) **dle vzniku** (přírodní, semisyntetické a syntetické)
- 2) **dle typu působení a chemického složení** (tlumivé látky, stimulacia, halucinogeny)
- 3) **dle stupně společenské nebezpečnosti** (podle závažnosti společenských následků)

Dělení drog dle účinků na lidský organismus dle Presla (1995):

Stimulační látky - povzbuzují lidské vědomí a aktivitu. Jsou ve společnosti velmi oblíbené. Zvyšují pocity psychické i fyzické výkonnosti, odstartují únavu a vedou k uvolnění zábran. Stimulanty nevyvolávají somatickou závislost „jen“ psychickou, která je ovšem z hlediska délky a komplexnosti léčby horší než závislost tělesná, které se lze zbavit poměrně rychle (Kalina, 2003). Velké dávky mohou způsobit halucinace a ztrátu kontroly nad realitou. Mezi nejznámější drogy této skupiny řadíme **pervitin** a **kokain**.

Pervitin, přezdívaný jako „perník“, „péčko“, se proslavil především díky své domácí výrobě. Potlačuje chuť k jídlu, zvyšuje soustředěnost a výkonnost, uživatel nemá potřebu spánku, má aktivní náladu, objevuje se euforie, mizí komplexy a zábrany v sociálních kontaktech, objevuje se pocit sebejistoty, zrychlené myšlení, nezadržitelná aktivita. Dlouhodobé užívání vede k únavě, podvýživě a celkovému vyčerpání organismu. Aplikují se inhalací nebo šňupáním (Binder, Vavřínková, 2006).

Kokain je přírodní droga. Nejčastěji je vpravován do těla injekční stříkačkou nebo šňupáním. Kokain je často spojován se schopností zvýšení sexuální chuti, proto je také velmi užíván mezi prostitutkami. Základem užívání je povzbuzení, dobrá nálada, zvýšení sebevědomí. Dlouhodobé šňupání poškozuje nosní sliznici, dochází k postižení či ztrátě čichu, objevují se panické stavy, psychotické poruchy. Při akutní otravě může dojít ke křečím, kolapsům, ochrnutí dýchacího centra (Binder, Vavřínková, 2006).

Mezi stimulanty dále řadíme **ecstasy** („extáze“), která je hodně rozšířená v podobě malých tabletek s nápadným designem. Je ve velké míře oblíbená u mladých lidí na diskotékách. Projevuje se výraznou euforií, pocity štěstí, lásky, zvýšenou komunikativností, pocitem radosti z kontaktu. Někdy však může po extázi dojít i k

rozvoji strachu, úzkosti a paranoie.

Vliv stimulačních látek na těhotenství

Užívání stimulačních drog ve vyšším stadiu těhotenství může matce přivodit srdeční záchvat, je zde zvýšené nebezpečí poškození plodu, úmrtnosti i narušení následného vývoje. Např. kokain prostupuje rychle placentou, způsobuje snížení průtoku krve, což snižuje okysličení plodu a zvyšuje jeho krevní tlak a tepovou frekvenci. Z tohoto důvodu se rodí děti s nízkou porodní váhou a se známkami růstové retardace. Existuje také riziko prenatální úmrtnosti. Obecně lze říci, že děti vystavené působení stimulačních drog se projevují jako hypotrofické, mají menší obvod hlavičky, kratší končetiny a je u nich prokázán větší výskyt defektů močové a pohlavní soustavy. Děti vystavené v prenatálním období stimulačním drogám, jeví v pozdějším věku známky abnormálního chování, mají omezenější návyky a menší schopnost vyjadřovat emoce, což se může projevit na vztahu matka – dítě (Binder, Vavřínková, 2006).

Halucinogeny - jedná se o látky přírodní i syntetické. Mají značný vliv na vnímání reality a jejich účinek je většinou nevyzpytatelný. Mohou vyvolat halucinatorní psychózy, tj. ožívání neživých předmětů. Halucinace mohou být příjemné, ale i nepříjemné. Při vysokých dávkách dochází k úplné ztrátě kontaktu s realitou. U halucinogenů se nevyskytuje abstinenní syndrom, přesto jejich užívání přináší řadu rizik. Řadíme sem například **lysohlávky, ibogain, LSD**. Tyto látky nevyvolávají závislost a není u nich znám případ předávkování vedoucí k smrti.

Vliv halucinogenních látek na těhotenství

Vliv halucinogenů na těhotenství a především plod není zcela jasný, vzhledem k tomu, že užívání samotných halucinogenů během těhotenství je jevem spíše ojedinělým. Obecně mají děti narozené ženám užívající halucinogeny, podobné problémy jako děti vystavené účinkům kokainu (Binder, Vavřínková, 2006).

Konopné látky - Nejznámější drogy této skupiny se nazývají - **hašiš, marihuana**.

Marihuana je řazena mezi lehké drogy a je v dnešní době jednou z nejvíce

užívaných drog ve společnosti. Ačkoliv se řada lidí domnívá, že je marihuana neškodná, opak je pravdou. Řada odborníků se domnívá, že lehké drogy jsou vstupní branou do světa tvrdých drog. Marihuana je termín užívaný k označení vysušených květů konopí.

Hašiš je jinou formou této drogy a vyrábí se z pryskyřice květů samičích rostlin konopí. Účinky nastupují většinou rychle, do několika sekund a trvají obvykle od 3 - 6 hodin. Často se objevuje sucho v ústech, pocit chladu, hlad, deformace vnímání času a prostoru, euforie, bouřlivý smích. Mohou se ale také projevit úzkostné stavy, nevolnost. Kanabinoidy nevyvolávají psychickou závislost. Abstinenční syndrom se projevuje neklidem, podrážděností, nespavostí, třesem či depresí (Binder, Vavřínková, 2006).

Vliv konopných látek na těhotenství

Vzhledem k tomu, že užívání marihuany je ve většině případů nepravidelné, nedělá problém ženám po zjištění těhotenství aplikaci přerušit. Pokud žena pokračuje v kouření marihuany, jedná se většinou pouze o nárazovou aplikaci. Vliv marihuany na plod se odvíjí od velikosti dávky. Při pravidelném užívání byl prokázán nižší váhový přírůstek u matky a růstová retardace u plodu v důsledku špatného okysličování placenty. Po narození bývají děti hypotonické, s omezenými reakcemi na stimulaci, objevuje se prodloužený Moorův reflex a třes (Binder, Vavřínková, 2006).

Opiáty – řadíme zde **morfin, kodein, heroin, braun**. Předávkování může skončit až smrtí. Velmi rychle vzniká psychická a fyzická závislost s těžkými odvykacími příznaky. Vážně poškozuje organismus. Značné riziko s sebou přináší používání nesterilních jehel a stříkaček (žloutenka, HIV). Pro opiáty je typický vznik tzv. tolerance, což znamená, že pro stejný efekt je potřeba brát stále vyšší dávku opiátu.

Opium je původně bílá šťáva, která prýští z nařezaných makových hlavic. Na vzduchu houstne a tmavne. Mezi přírodní deriváty opia patří morfin a kodein, polysyntetickým derivátem je heroin.

Morfin je bez zápachu, chutná hořce a časem tmavne. Je značně účinný při tišení bolesti, ale vedle léčebných účinků vykazuje i vysokou návykovost.

Kodein většinou se získává z morfinu, ale má slabší účinky (Nožina, 1997).

Heroin - jedná se o většinou bílý prášek, který se šnupe, kouří, nebo se aplikuje

nitrožilně. Heroin je tvrdá droga s nejvyšším rizikem tělesné závislosti. Heroinová závislost vede k těžkým tělesným abstinenčním příznakům. Jsou to bolesti svalů a kloubů, průjem, svalové křeče, pocení, zimnice, nespavost, které trvají nejvýše 4 dny a odezní do 2 týdnů. Uživatelé heroinu podstupují denní riziko smrtelného předávkování. Naprostá většina závislých na heroinu přechází dříve či později na injekční užívání, což zvyšuje riziko infekce. Často je u nich nalezena hepatitida C (Presl, 1994).

Českou specialitou je pak látka zvaná „**braun**“. Je to látka vyráběna z kodeinu, který je dostupný v lékárnách. Aplikace je vždy intravenózní, což je spojeno s dalšími komplikacemi.

Vliv opiátů na těhotenství

Vliv opiátů na těhotenství a plod je ve většině případů jen mírný. Prenatální péče u těchto žen bývá nedostatečná a to z důvodů životního stylu. Na pravidelné prohlídky k lékaři nebo poradny chodí ženy pouze sporadicky. Problémem bývá také nedostatečná hygiena a výživa. Kolísání hladiny drogy, stejně jako opakování abstinenčního syndromu, způsobuje změny na placentě a také vede ke zvýšenému riziku distresu a úmrtí plodu (Binder, Vavřínková, 2006).

Novorozenecký abstinenční syndrom se projeví do 24 hodin po porodu. Projevuje se vytrvalým vysokým pláčem, silnou potřebou kojení, třesením, záchvaty, hyperaktivitou a narušením spánkového režimu (Leifer, 2004).

Těkavé látky – Jedná se o nejrůznější rozpouštědla, ředidla, lepidla, plynné látky (př. rajský plyn) s halucinogenními a omamnými účinky. Užívají se vdechováním výparů. Vyskytuje se tu vysoké riziko předávkování, neboť při čichání se dá jen těžko přesně odměřit dávka. Dlouhodobé užívání těkavých látek je pro organismus ničující a člověk se velmi rychle mění v trosku. Značně poškozují paměť, což vede k zapomínání, rozsáhlému poškození mozku, dýchacích orgánů, jater apod. Nejznámějším představitelem je *toluen*.

Látky s tlumivým účinkem – jedná se o syntetické látky. Tlumivé léky jsou volně dostupné v lékárnách bez lékařského předpisu, a proto jsou snadno zneužitelné. Ačkoliv se jeví jako neškodné, mohou vyvolat závislost a poškodit zdraví. Tlumivé léky mohou

být zneužívány samostatně nebo jako doplňková nebo náhradní droga u jiných typů závislostí, navíc bývají často kombinovány s alkoholem. Nejčastěji tlumivé léky užíváme proti bolestem (**analgetika**), na spaní (**hypnotika**) a na uklidnění (**sedativa**).

Mezi dlouhodobá rizika způsobená tlumivými léky patří: roztřesenost, nesoustředěnost, úzkostné stavy, poruchy paměti, nechutenství, chronické bolesti hlavy, vysoká kazivost zubů. Po vysazení vysokého množství nastává odvykací syndrom, který může člověka ohrozit i na životě.

Vliv benzodiazepinů na těhotenství

V těhotenství jsou benzodiazepiny plodem pomaleji metabolizovány. Vyvolávají svalovou hypotonii s útlumem dýchání, hypotermií, arytmii, problémy s příjmem potravy a abstinčním syndromem. Mohou také způsobit kongenitální malformace, jako například rozštěpy rtů a patra (Binder, Vavřínková, 2006).

2.3 Charakteristika drogově závislých těhotných

Specifickou skupinou uživatelů drog jsou těhotné ženy. Studie ukazují závislé gravidní ženy jako mladší, bez partnera, z nižších ekonomických tříd, s nižším vzděláním. Významným znakem této skupiny je pak nezaměstnanost. Průměrný věk gravidních závislých žen se nejčastěji pohybuje v rozmezí od 20 – 26 let. Obecně lze říci, že těhotenství bohužel není dostačující motivací k léčbě závislosti (Binder, Vavřínková, 2006).

Žena, která užívá drogy nebo léky, které u ní mohou vyvolat závislost, vystavuje plod velkému nebezpečí. Riziko spočívá v tom, že u těhotné ženy, která dlouhodobě užívá drogy, může být patrná podvýživa, nedostatek potřebných vitamínů nebo poškození orgánů, což může mít za důsledek komplikace v průběhu těhotenství nebo během porodu. Svému ještě nenarozenému dítěti může matka svým nezodpovědným jednáním způsobit nejrůznější vrozené vady, mozková poškození nebo trvalá postižení (Velemínský, Žižková, 2008).

Drogově závislé těhotné ženy vyžadují zvláštní péči. Nutná je spolupráce odborníků z oblasti gynekologie, pediatrie, sociální práce, práva, psychologie aj. (Preslová, Kalina, 2003).

Drogově závislé ženy trpí tzv. „nutričním“ deficitem, mají oslabené centrální

mechanismy, které řídí pocity sytosti a hladu. Jsou zaměstnány sháněním drogy, kterou často zakoupí a konzumují místo jídla. Každá gravidní uživatelka drog by měla být sledována jako vysoce riziková gravidita, neboť tyto ženy jsou často podvyživené, trpí anemií a hepatitidou B nebo C. Zvýšeně se u nich také vyskytují sexuálně přenosné infekce (www.mvcr.cz).

Problematika návykových látek v anamnéze a jejich užívání u těhotných žen je velmi závažný celospolečenský problém. Drogy ovlivňují psychické i fyzické zdraví žen v reprodukčním období a způsobují komplikace v dalším životě ještě nenarozenému dítěti. V důsledku vynakládání velkých finančních částek za drogu dochází ke změně hodnotového žebříčku závislé ženy. Péče a výchova dětí se tak ocitá na okraji zájmu rodičů (Kastnerová, 2006).

Ženy se méně často odváží vystoupit z anonymity a využít nabízené služby. Důvodem je větší společenská stigmatizace ženské části populace uživatelů drog (Vobořil, 2003).

Návykové užívání drog obvykle zastaví ovulační cyklus a ženy po dobu několika měsíců, ale i let, pokud v abúzu drog pokračují, nemají menstruaci. Menstruační cyklus se obvykle obnoví, pokud žena přestane brát drogy. U některých žen dochází k tomu, že nemají menstruaci, ale k ovulaci sporadicky dochází. Takové poruchy menstruačního cyklu mohou velmi snadno vést k nechtěnému otěhotnění (Tyler, 2000).

Mezi některá specifika drogové závislosti u žen patří

- ženy pod vlivem drog jsou častěji vystaveny násilí a sexuálně zneužity a rizikové pití alkoholu nebo abúzus farmak může také na takovou traumatizující událost nasedat,
- u žen vzniká závislost na drogách častěji než u mužů v souvislosti se soužitím s partnerem, který psychoaktivní látky sám škodlivě užívá nebo je na nich závislý,
- motivace k léčbě u žen nejčastěji souvisí se zdravím a rodinou, problémy se zákonem jsou méně časté než u mužů,
- ženy mohou mít při vyhledání odborné pomoci pro návykovou nemoc větší zábrany a narážet i na další problémy, jako je nepochopení okolí nebo nezajištěná péče o děti,

- ženy zvláště dobře přijímají psychoterapii, relaxační techniky a jógu,
- podle údajů z literatury jsou specificky ženské programy nejméně tak účinné spíše však účinnější než programy koedukované. Důvodem je patrně to, že odpadá nebezpečí vysoce rizikových partnerských vztahů mezi závislými muži a ženami i skutečnost, že lze lépe reagovat na specifické potřeby žen a hlouběji se zabývat senzitivními tématy, jako je např. sexuální zneužívání. Některá koedukovaná zařízení alespoň doplňují program např. jednou čistě ženskou skupinou týdně,
- léčba přináší často dobré výsledky, je ale nutné ji zahájit včas (Preslová, Kalina, 2003).

Ohrožení zdravotního stavu a růstu plodu souvisí ve velké míře se zdravotním stavem matky a závažností její drogové závislosti. Většina návykových látek lehce prostupuje přes placentu a v krvi plodu dosahuje stejných nebo i vyšších koncentrací jako u matky. Plod se tak stává pasivním - nedobrovolným narkomanem. Rizikové jsou výkyvy hladin návykových látek v krvi v období abstinence a předávkování a také jedná-li se o polytoxikomani. Některé drogy - alkohol, barbituráty, kokain, vyvolávají vznik vrozených vad. Lékaři upozorňují, že krátce po narození přestává dodávka drogy od matky a u novorozence se může začít projevovat abstinční syndrom (Huttová, 1999).

„Vzhledem k tomu, že drogy působí v nejzranitelnějším období, může mít novorozenec mimo abstinční syndromu též patologické změny ve struktuře CNS. Plod matky závislé na heroinu bývá vystaven i dalším nepříznivým faktorům. Více než 50 % těchto gravidních nemá v průběhu těhotenství lékařskou péči, jejich plody jsou vystaveny nedostatku živin a různým infekcím, a to je spojeno s větším rizikem nízké porodní hmotnosti, předčasným porodem atp. Mezi 2. a 5. měsícem je mozek plodu velmi citlivý, a proto heroin pasivně získaný od matky může poškodit mozkové buňky, čehož důsledkem může být mikrocefalida, mentální retardace nebo epileptický syndrom.“ (Drobná, Chovancová, 1999, s. 18)

Podle American Medical Association - gravidní drogově závislá žena by se měla ještě před porodem podrobit odvykací léčbě. Není-li dost času na úplné vysazení drogy, potom může žena zůstat na opiátech a v odvykací léčbě pokračovat později.

„V současnosti je už více méně jasné, že u většiny drogově závislých žen nelze dosáhnout úplné abstinence od opiátu. Proto se mnozí odborníci přiklánějí k metadonovému programu, který podstatně mění sociální situaci žen, jejich somatický stav, průběh gravidity a stabilizuje stav také po porodu. Metadon je pokládán za vhodný způsob léčení i u gravidních. Metadon by se měl gravidním ženám podávat jen tehdy, když jeho příznivé působení převáží nad možnými riziky. Děti se často rodí s abstinencií příznaky. Ženy užívající metadon nemají kojit.“ (Vavrušková, Báilentová, 1998, s. 77)

2.4 Novorozenecký abstinencií syndrom

Novorozenecký abstinencií syndrom se objevuje u 60 - 90% novorozenců. Příznaky mohou přetrvávat 3 - 4 měsíce po porodu (Roztočil, 2008).

Všechny léky a drogy mají poměrně malé molekuly, které procházejí placentou přímo k plodu. To znamená, že plod si přímo fyzicky zvyká a je závislý na stavu matky. Po porodu je přísun drogy plodu odepřen a vzniká tak abstinencií syndrom, na který je nezbytné dohlížet v nemocnici na neonatologickém oddělení. Abstinencií příznaky mohou snadno postihnout všechny orgány novorozence a vyvolávají syndrom podráždění.

Příčinou novorozeneckého abstinencií syndromu (NAS) je přerušení dodávky drogy transplacentárně. Příznaky novorozeneckého abstinencií syndromu se objevují nejčastěji po expozici opiátům 24 - 48 hodin po narození (Leifer, 2004).

Projevy NAS u novorozence

„Děti s abstinencií syndromem bývají dráždivé, neklidné, často pláčou, nepřibývají na váze a mohou mít i jiné zdravotní potíže. Záleží na tom, v jakém množství a jaké drogy matka užívala.“ (Preslová, 2011. s. 86)

Nezáleží pouze na tom, na jakém druhu drogy je matka závislá, ale výskyt a závažnost abstinencií syndromu u novorozence závisí také na čtyřech dalších faktorech:

- dávce drogy užívané matkou,

- časovém intervalu od poslední dávky,
- době trvání drogové závislosti,
- gestačního věku dítěte (tj. stáří plodu v děloze - udává se obvykle v týdnech).

Dalšími typickými projevy jsou: podrážděnost a poruchy spánku, kýčání, pronikavý křik, nižší porodní váha, problémy se sáním a zvracení, křeče, vodnatá stolice atd. Uvádí se i syndrom náhlého úmrtí novorozence nebo kojenecká morálita. Pro děti s NAS je taky obvyklým znamením menší obvod hlavičky, šířka a délka hlavy, obvody hrudníku, břicha, ramen a lýtek (Leifer, 2004).

Léčba NAS

Léčba se skládá ze dvou složek, podpůrné a farmakologické (Drobná, Velemínský, 2000). Novorozence s anamnestickým údajem abúzu je nutné zvýšeně sledovat (Vavřínková, Binder, 2006).

Důležité je vytvořit novorozenci termoneutrální prostředí, poskytnout mu šetrný způsob ošetřování a zabránit nadměrné stimulaci, např. zabránění hluku, osvětlení, zajistit odsávání nosu a polohu na bříšku jako prevenci při zvracení (Drobná, Velemínský, 2000).

Farmakologická léčba se skládá z opiových nebo morfiiových preparátů. Při klesajícím bodovém hodnocení jsou dávky snižovány. Pokud je léčba zahájena včas, je nižší riziko morbidit novorozence.

Doba trvání abstinčního příznaku závisí na druhu drogy a délce užívání matkou během těhotenství. Průměrná doba léčby neonatálního abstinčního syndromu je 6 týdnů (Vavřínková, Binder, 2006).

2.5 Sociální dopad těhotných drogově závislých žen

Závislost matky a často také otce, představuje mnoho zdravotních, biologických a psychosociálních rizik pro vyvíjející se plod. Děti žijí v chaotickém prostředí, matčin primární zájem není o dítě, ale o drogu. Kombinace těchto negativních jevů působí současně a mají devastující vliv na zdraví a vývoj dítěte. Dalšími faktory jsou chronická chudoba, špatná výživa, nedostatečná prenatální péče, sexuálně přenosné choroby, domácí násilí, zanedbávání a zneužívání dítěte, bezdomovectví, časté změny bydliště, neadekvátní bydlení, nezaměstnanost, pobyt ve vězení, nízká vzdělanostní úroveň atd.

(Drobná, Velemínský, 2000).

Děti narozené závislým matkám jsou ve většině případů matkám odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy, nebo jsou dány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází. Důvodem odebrání dítěte není braní drogy jako takové, ale celková socio-kulturní situace matky, její neschopnost o dítě pečovat apod.

Přetrvávající dráždivost a nespavost dítěte vyžaduje citlivý a trpělivý přístup ze strany rodičů. Velká část těchto dětí pro nevhodné podmínky a neschopnost rodičů se o dítě postarat, končí v kojeneckých ústavech. Jen malá část se dostane do adopce (Drobná, Velemínský, 2000).

Drogové problémy rodičů se odráží v nestabilitě péče a pravidlech rodinného soužití. Rodina se dostává do sociální izolace, celý problém popírá a vztahy mezi jednotlivými členy jsou narušeny. Narůstající počet dětí drogově závislých matek zvyšuje nebezpečí, že při neřešení rodinné situace půjdou podobnou cestou jako jejich rodiče. Dětem z těchto rodin je nutné věnovat zvýšenou pozornost, protože patří k rizikovým skupinám. Nelze ale předem předpokládat problém s drogami v jejich budoucím životě (Preslová, 2003).

V protidrogových zařízeních roste počet těhotných žen a matek. Tyto ženy se do těchto zařízení dostávají různými způsoby:

- a) evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, s touto klientkou je možné pracovat, sledovat ji, doporučit řešení,
 - b) žena užívá drogy, porodí dítě s abstinenčním syndromem a porodnice informuje příslušný sociální odbor a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení,
 - c) žena užívá delší dobu drogy, má v péči dítě a na situaci většinou upozorní okolí,
- (Preslová, 2003).

Drogově závislým ženám by měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale také nabídnuta specifická zdravotně-psychosociální intervence, jejíž hlavní snahou by měla být abstinence a následná podpora matky získat schopnost zapojit se do pečovatelského procesu o své dítě a současně získat sebedůvěru svého bývalého neproduktivního chování. Všechny snahy tak musí směřovat ke snížení a maximálnímu vyloučení rizikových faktorů.

Stoupá důležitost spolupráce gynekologů a gynekologicko-porodnických oddělení nemocnic, kdy odbornou medicínskou péči zajišťuje lékař a psychosociální složku léčebně kontaktní centrum, se kterým je klientka v kontaktu (Leifer, 2004).

Účinná pomoc drogově závislým matkám či těhotným by měla spočívat vedle ochoty společnosti také v pomoci státních a na sociální pomoc zaměřených orgánů se zapojením protidrogových zařízení (Preslová, 2003).

3 UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU V TĚHOTENSTVÍ

Užívání alkoholu je v dnešní době velmi negativním jevem, jež má dopad na celou společnost. Abychom se v tomto problému lépe orientovali, nastíníme si typy konzumentů alkoholu, fáze závislosti a především dopady na plod, které alkohol způsobuje během těhotenství.

3.1 Alkohol

Alkohol je u nás nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Jedná se o drogu společenskou, lidé ji nejčastěji konzumují ve skupině. Pití alkoholu má u nás velkou tradici a společnost je k jeho užívání značně tolerantní (Nešpor, Csémy, 1997).

Alkohol užívají lidé již dlouho. Substance je známa z prehistorické doby. V období, kdy se začala obdělávat půda, pěstovaly se druhy rostlin cíleně nejen k výživě, ale i k výrobě alkoholu, který vzniká při kvašení obilí nebo ovoce. Po požití se vstřebává do krevního oběhu a jeho účinek a délka působení závisí na mnoha faktorech.

Alkohol je chemická látka, tekutá, bezbarvá, průzračná, lehce těkavá, hořlavá a palčivě chutnající, kterou je možno v jakémkoliv poměru mísit s vodou (Göhlert, Kühn, 2001).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je chápán syndrom závislosti na alkoholu jako: „*skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, zejména poznávání), v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost neobjevuje*“. (Nešpor, 2004, s. 9)

Syndrom závislosti na alkoholu (označován jako alkoholismus) je chronické recidivující onemocnění. Je definováno jako seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání této psychoaktivní látky, a v nichž má užívání této látky u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Smolík, 1996). Obvykle vzniká po několikaletém užívání (Možný, Praško, 2007).

Definice alkoholismu dle Útraty má dvojitý význam: „1. Jako negativní sociální jev, jenž způsobuje škody společnosti i jednotlivci. 2. Jako takovou závislost na alkoholu, která u konkrétní osoby nabývá již povahy choroby.“ (Útrata, 1986, s. 43)

Alkoholické nápoje jsou požívány ze dvou důvodů, a to společenských nebo individuálních. Lidé začínají obvykle požívat alkoholické nápoje ze společenských důvodů, časem však vznikají důvody či motivace individuální. Po určité době u některých z nich dochází ke snížené kontrole nebo její ztrátě. Lze říci, že člověk již míru alkoholu neovládá, ale on ovládá jeho (Kvapilík, Svobodová, 1985).

Rozvíjí se závislost somatická i psychická. Somatická závislost znamená adaptaci organismu na požívanou látku, která se stane nutnou součástí metabolismu, a její vynechání pak vede ke vzniku abstinenčních příznaků (Janík, Dušek, 1990). Psychická závislost je charakterizovaná touhou po látce a při jejím nedostatku rozvojem nepříjemných psychických příznaků (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

„Alkohol může nepříznivě ovlivňovat řadu aspektů života osob, které alkohol pijí, jejich zdraví, štěstí, rodinný život, přátele, práci, studium, příležitost k zaměstnání a finanční situaci. Škody působené alkoholem jsou významnou ekonomickou zátěží pro jednotlivce, rodiny a společnost vzhledem k nákladům na zdravotní péči, ztrátě produktivity práce v důsledku zvýšené nemocnosti, nákladům v důsledku požárů a škod na majetku, a ušlému příjmu následkem předčasných úmrtí.“ (Nešpor, 2002, s. 68)

Alkohol je součástí naší tradice již odnepaměti a jeho konzumace je zabudována do většiny lidských rituálů. Tyto rituály jsou nejvíce nebezpečné pro děti a mladistvé. Rituál „řukání na zdraví“ je symbolem dospělosti. Jestliže se člověk odmítne tohoto rituálu zúčastnit, vyvolává to napětí. Jedinec, který odmítá konzumaci alkoholu, bývá považován za „patologického“ (Mühlpachr in Pipeková a kol., 1998).

Velká obliba alkoholu spočívá také v jeho schopnosti zbavit člověka obvyklých zábran v chování, jednání a dodání dobré nálady. Ovšem ve skutečnosti je alkohol otupující a omamující látkou.

Obecně se tvrdí, že alkohol je méně nebezpečný nežli drogy. Realita je však jiná. Alkohol je stejně návykový, nebezpečný a stejně ničivý jako jiné omamné látky (Janík, Dušek, 1990).

„Alkoholické nápoje se pijí často jako doplněk jídla a v některých zemích jde o ustálený zvyk. Alkoholické nápoje doprovázejí různé společenské zvyklosti a setkání, jindy je alkohol vědomě vyhledáván jako droga. Přejít od požívání alkoholu k jeho zneužívání je často pozvolný, nenápadný. Rozlišujeme sociální, společenské příčiny alkoholismu a příčiny individuální“. (Janík, Dušek, 1990, s. 68)

Alkohol ovlivňuje různé oblasti života člověka. Rozdělením oblastí vytvoříme tři skupiny:

1. Fyzické následky nadměrného pití alkoholu

- jsou stavy poškození fyzického zdraví jedince z důvodu nadměrné konzumace alkoholu.

2. Psychické následky nadměrného pití alkoholu

- duševní stav jedince odklánějící se od normy na základě požívání alkoholu.

3. Sociální následky nadměrného pití alkoholu

- člověk jako osoba začleněná do sociálního procesu se nedokáže přizpůsobit a vyhovovat normám společnosti. Příčinou je četná alkoholová intoxikace.

(Kotulán, 1999).

3.2 Typy konzumentů

Rozdělení osob na typy podle konzumace alkoholu

Obecně můžeme podle vztahu k alkoholu, definovat čtyři skupiny lidí (Pokorný, 2002; Skála, 1957):

- **Abstinenti** – alkoholické nápoje nepožívají, aby se vyhnuli i nejmenšímu účinku alkoholu, nemají potřebu alkohol požívat nebo mají odpor k jeho zdravotním následkům. Nejsou odolní vůči nepříznivým stavům po alkoholu tzv. kocovině.
- **Konzumenti** – požívají jen malá kvanta alkoholických nápojů, protože při jejich pití vyžadují jen tekutinu a chuť, nikoli však jejich účinky. Alkohol pijí

jen příležitostně, na oslavách atd. Mohou si přivodit lehkou opilost, ale její následky je velmi rychle přesvědčí, aby se tento stav často neopakoval.

- **Pijáci** – jsou častějšími konzumenty alkoholu. Rozdíl mezi konzumenty je v tom, že požívají alkoholické nápoje již v tak velkém množství, aby pocítili účinek alkoholu na nervový systém. Pijáci se poznají tak, že vyhledávají dané akce, při nichž je alkohol pro ně snadno dostupný. Jeho euforizující účinek je pro jejich osobu velmi příjemný. Toto stádium postupem času velmi často přechází do alkoholismu, jelikož piják konzumuje alkohol s vyšší frekvencí a zvyšuje svou dávku, při které se dostává do slastného stavu.
- **Alkoholici** – lidé závislí na alkoholu, nutné je neustálé doplňování hladiny alkoholu v krvi, při nedostatku přicházejí abstinenční příznaky. Navzdory společenským, hospodářským a zdravotním potížím však pijí dále.

Hosek (1998) rozdělil konzumenty alkoholických nápojů do čtyř základních typů:

- **Běžný konzument**

Běžný konzument pouze využívá příležitostí, které se mu k pití naskytanou. Někdy pítí přežene a druhý den si prožije tzv. *kocovinu*.

Kocovina je označení vedlejších účinků konzumace alkoholu, které se projevuje bolestí hlavy, citlivostí na světlo i hluk, pocitem žízně, nevolnostmi a celkovým oslabením. Je způsobena především dehydratací organismu v důsledku přílišného pití alkoholu.

- **Iniciativní konzument**

Záměrně vyhledává vhodné příležitosti pro pití alkoholu – oslavy narozenin, večírky, služební jednání, posezení s přáteli aj. Stále se ještě jedná o bezproblémového konzumenta, avšak s rizikovou mírou pití. Zvyšuje se míra snášenlivosti na alkohol. Na této úrovni je iniciativní konzument jen krůček od alkoholismu.

- **Stop alkoholik**

Stop alkoholik se oddává nezávaznému pití v souvislých, avšak časově limitovaných intervalech přesahujících jeden den. Jedná se již o závislého konzumenta (kvartální piják). Několikadenní pijácké tahy jsou prolínány přestávkami trvajících i několik týdnů nebo měsíců.

- **Nonstop alkoholik**

Vyznačuje se permanentním pitím, které je přerušeno pouze tehdy, jestliže se objeví problém v podobě vynucené abstinence (hospitalizace, odnětí svobody, nedostatek finančních prostředků apod.). Denní dávka konzumovaných nápojů u alkoholika přesahuje 70 gramů stoprocentního alkoholu. Na tuto dávku je však nutné pohlížet s jistou tolerancí, například s ohledem na věk, váhu, pohlaví, profesi. Je třeba mít ovšem na paměti, že alkoholikovi v závěrečné fázi závislosti stačí pouze nepatrné množství.

3.3 Typy závislostí na alkoholu a jeho fáze

Jellinek (1960) v následujících bodech klasifikoval několik základních typů závislostí:

1. Typ alfa

Představuje občasné požívání alkoholu. Jde o abúzus v souvislosti s vnitřními konflikty. Jedinec této drogy občas využívá k odstranění úzkosti, k získání euforie. Alkohol mu napomáhá sblížovat se s druhými lidmi. Nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, může se však vyvinout v závislost typu gama.

2. Typ beta

Jedná se o pravidelnou konzumaci alkoholu, kterou není pacient ochoten přerušit ani za nevýhodných podmínek (dovolená, onemocnění). Jedná se o předstupeň závislosti, který se za příznivých podmínek rozvine v závislost typu delta.

3. Typ gama (anglosaský typ)

Představuje závislost na alkoholu, hlavně psychickou. Charakteristická je poruchová kontrola, která vede k opilosti a následným konfliktům s okolím. V mezidobí je zachována schopnost abstinence, při pokusu o pití s kontrolou však následují další problematické opilosti, jejichž frekvence postupně stoupá, až se stanou každodenními.

4. Typ delta (románský typ)

Jedná se především o somatickou závislost na alkoholu. Typ delta je charakteristický pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, postižený si trvale udržuje hladinu alkoholu v krvi, zpravidla nedochází k sociálnímu selhání. K zjevné závislosti na alkoholu dochází až při náhlém odnětí pravidelných dávek.

5. Typ epsilon

Typický je současný výskyt abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, nejčastěji při afektivní poruše, časově jde o kvartální typ pití.

„Jednotlivé typy závislosti na alkoholu (zejména gama a delta) se nevyskytují zdaleka jako „čisté“: spíše se kombinují, i když jeden nebo druhý typ převládá.“
(Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 35)

Klasifikace abúzu alkoholu

Nadužívání alkoholu klasifikoval Heller (1996) následovně:

1. Symptomatický abúzus

Symptomatický abúzus je ve svém vývoji a průběhu určován strukturou osobnosti, popřípadě i psychickou odchylkou či chorobou. Vede k závislosti s psychogenním podkladem, někdy se také používá termínu alkoholická toxikomanie. Pro symptomatický abúzus je typické samotářské pití a dávkování alkoholu lze dle potřeby odstranit, nebo získat určitý fenomén v oblasti psychiky. Alkoholem lze například získat schopnost promluvit s určitou osobou, potlačit obavy, změnit špatnou náladu v dobrou.

Tato forma abúzu se jeví ve svém projevu i neinformovanému pozorovateli jako nepochopitelné, patologické jednání. Doba vývoje závislosti trvá řádově pět let, dle individuálních zdravotních podmínek. Tento typ abúzu je typický pro ženy.

2. Systematický abúzus

Systematický abúzus je založen na stereotypu pití alkoholu s rozvíjejícím se pijáckým chováním a s významným fenoménem časovým.

Závislost vzniká na podkladě společensko-sociálním. Struktura osobnosti a individuální reaktivita nebo zdravotní odolnost, zde hrají podstatně méně významnou roli. Tento typ abúzu reprezentuje mužskou populaci.

3. Juvenilní etylismus

Juvenilní etylismus má brzký začátek, často v dětství. Později spontánně ustává. Velmi často se aktivuje okolo třicátého roku věku do závislosti. Hlavním problémem je opakovaná intoxikace v nízkém věku, často v dětství a raném mladistvém věku. Typická je častá intoxikace a vysoká tolerance. Pokud nedojde k omezení, poměrně brzy se objevují psychoorganické příznaky. Klinický obraz bývá velmi individuální, dochází k různým kombinacím primárních a sekundárních příznaků. Vždy však nastává zablokování osobnostního rozvoje.

Juvenilní abúzus se v současné populaci vyskytuje vzácně, zhruba u 1% z ošetřovaných lidí. Tento typ je vázán na etnické faktory, proto je jeho výskyt regionální.

Fáze závislosti na alkoholu

Vývojová stádia závislosti na alkoholu, která jsou mezinárodně přijímána, byla vypracována psychiatrem Jellinkem (1960).

1. Stádium počáteční (iniciální)

- Pacient se neliší od svého okolí, pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci překonává stresové a neřešitelné situace. Zvyšuje konzumaci, jeho tolerance roste.

2. Stadium varovné (prodromální)

- Rostoucí tolerance způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Preferuje tajné pití, pití s předstihem a konzumuje alkohol rychleji než okolí. Je citlivý na verbální i nonverbální komunikaci spojenou s tematikou alkoholu. Objevují se palimpsesty – nepamatuje si průběh intoxikace. Prohlubuje se jeho pocit viny, zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu.
- Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešení původních problémů.

3. Stadium rozhodné (kruciální)

- Stále roste tolerance. Dochází ke změně kontroly pití.
- Alkohol se stal součástí metabolických dějů.

- Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený buduje racionalizační systém – systém zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Jellinek (1960) hovoří o alkoholocentrickém chování, upadají jeho zájmy, koníčky a povinnosti.
- Tlak okolí může donutit i k dlouhodobé abstinenci. Uvolněním tlaku končí i období abstinence.
- V tomto stadiu se objevují zdravotní poruchy.

4. Stadium konečné (terminální)

- Charakteristickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění, nastupují tzv. ranní doušky, které přecházejí v několikadenní konzumaci – vzniká tah.
- Pacient konzumuje vedle alkoholických nápojů i technické prostředky (toluen, ředidlo).
- Nastupuje degenerace osobnosti, celkový úpadek.

Nešpor (1996) uvádí také následující stadia opilosti:

Excitační stadium – při menších dávkách působí alkohol oslabení opatrnosti, hovornost, tendenci se prosazovat, někdy slovní i fyzickou agresí.

Somnolentní stadium – přichází útlum, spavost.

Komatózní stadium – stav bezvědomí.

Asfyktické stadium – dušení vlivem zástavy dechového centra v prodloužené míše.

V souvislosti s problematikou závislosti se můžeme setkat s pojmy:

- **úzus** – mírné požívání alkoholických nápojů v malých dávkách a v dostatečných časových odstupech.
- **misúzus** – je zneužívání alkoholu například řidiči motorových vozidel, mladistvými do 18 let nebo těhotnými ženami.
- **abúzus** – nadměrné požívání alkoholu občas, periodicky nebo pravidelně.
- **abstinence** - jedná se o stav, v němž se jedinec vědomě zříká užívání určité látky nebo činnosti z důvodů etických, rozumových, zdravotních.

(Hartl, Hartlová, 2010).

„Úzus i abúzus mohou, ale také nemusí vést k závislosti. Závislost představuje již

nutkavé pocity s charakteristickými projevy chování a nespolehlivou kontrolou v průběhu konzumu alkoholických nápojů.“ (Skála, 1987, s. 18)

3.4 Alkoholismus u žen

Ženy jsou stále častěji uváděny jako potencionální zdroj “alkoholiku”. Počet žen závislých na alkoholu u nás neustále stoupá. Na začátku dvacátého století připadala 1 pijící a k ústavní léčbě přijatá žena na 20 mužů, v roce 1996 se uváděl poměr žen a mužů 1:7 (Heller, Pecinovská a kol., 1996). V současné době je podíl hospitalizovaných žen a mužů přibližně 1 : 3 (Mravčík, Nechanská, Šťastná, 2011).

Tento fenomén se vysvětluje nabýváním rovnoprávnosti a samostatnosti žen, což jim přineslo vyšší finanční prostředky, práva i povinnosti. Na ženu jsou kladeny mnohem větší nároky než dříve, měla by dokonale zvládat roli manželky, milenky, pracovnice i matky. Mnohé z nich však toto tempo neustojí a kumulace problémů, tlaku okolí, stresu, přepracování vede k závislostem (Stoppardová, 2007).

V současnosti je pití u žen výrazem přijetí tradičních hodnot a aktivit spolu s reakcí na sociokulturní dezorganizaci. Až na dalším místě je dle některých odborníků konzumace alkoholu reakcí na deprivaci. Alkohol v naší kultuře vstupuje do života člověka velmi lehce. Po požití alkoholu se lidé snadněji sbližují a různé osobní nebo pracovní problémy se již nejeví tak nesnesitelné a nepřekonatelné (Nešpor, Csémy, 1996).

“Soužití s jedincem závislým na alkoholu vnáší do systému rodiny a jeho funkcí mnoho negativních jevů. Jednání pod vlivem alkoholu znemožňuje normální, přirozenou komunikaci intoxikovaného jedince s ostatními členy domácnosti, nedovoluje mu pružné a tvůrčí rozhodování.” (Heller, Pecinovská a kol., 1996. s. 77)

Bylo prokázáno, že ženy s vyšším vzděláním konzumují více alkoholu než ženy s nižším vzděláním, což u mužů neplatí (Ahlstrom, 2001).

Řada studií ukazuje, že matky pijící alkohol v těhotenství se často narodily matkám, které rovněž v těhotenství pily alkohol (McNamara, 2006). To znamená, že se tyto problémy přenášejí nejen z matky na dítě, ale i do dalších generací (Krulewitch, 2005). Žena alkoholička nebo toxikomanka je také častěji vystavena násilí nebo sexuálnímu zneužití (Frouzová, 1996).

„Ženy setrvávají 10 x častěji po boku svého závislého manžela, než manželé po boku závislých žen. Je zarážející, že při rozvodech i závislé ženy získávají do své péče děti 10 x častěji v porovnání s muži.“ (Heller, Pečinovská a kol., 1996 s. 78)

Žen, které požívají alkohol, v posledních letech značně přibývá. Často se jedná o ženy na mateřské dovolené; ženy vytížených podnikatelů; ženy, bydlící v satelitních městech. Jejich závislost roste úměrně s nudou, s nedostatkem styku se společností, jíž byly zvyklé se obklopotvat ve městech, při studiích, zaměstnání... To vše a ještě další okolní vlivy přispívají k fázi, kdy ženy sahají zprvu po sklenice alkoholu jako po únikové cestě ze všedních dnů; únik do prostředí fantazijních představ, kterými zahánějí samotu. Toto povyražení se stává pravidelným a ony časem alkoholu propadnou. Jedním z možných řešení je věnovat se vlastním zájmům např. sportu, zahradničení, přátelům, občasnému cestování apod. Vytrhnutí z rutinního a ubíjejícího života, občasná nezávislost na muži, relaxace, to vše může pomoci vyhnout se tomuto problému (Mariani, Martinovec, 2000). Potíže v oblasti duševního zdraví jsou spojeny i s tím, že velké procento závislých žen bylo sexuálně zneužíváno a fyzicky týráno (Vobořil, 2003; Gossop, 2006).

Specifika působení návykových látek u žen

Dle Šedivého a Válkové se vyskytují tyto specifika:

- *tělesné i duševní poškození u žen se projevuje rychleji než u mužů*
- *výskyt psychóz je u žen o něco vyšší*
- *u žen alkoholiček je vyšší riziko výskytu rakoviny prsu*
- *ženy nepotřebují k opilosti tak velké množství alkoholu jako muži*
- *ženy pijí alkohol častěji o samotě a tajně*
- *závislost u žen se rozvíjí po kratší době pití*
- *proti mužům častěji kombinují alkohol s jinými návykovými látkami, nejčastěji analgetiky.* (Šedivý, Válková, 1988. s. 97.)

Další specifika působení návykových látek podle Nešpora (2007):

- *žena se dostane do návykových problémů častěji kvůli pijícímu partnerovi, než muž kvůli pijící partnerce,*

- závislé ženy bývají více týrané, fyzicky napadané i sexuálně zneužívané,
- ženy si zpravidla dokážou snadněji vytvořit zdravější životní styl,
- se méně často dopouštějí trestných činů a násilného jednání,
- problémově pijící žena na sebe spíše upozorní a může se začít léčit dříve,
- většina žen má nadání na relaxační techniky, jógu a využívá psychoterapii,
- ženy alkoholičky již po krátké abstinenci vypadají lépe a zlepšení vzhledu i tělesného stavu povzbuzuje k setrvání v abstinenci,
- většina žen se relativně snadněji odpoutá od nevhodné společnosti lidí.

To, co formuje ženu v dlouhodobém soužití s alkoholikem, lze shrnout dle Kvapilíka do následujících bodů:

„1. Je to především nejistota a z toho plynoucí úzkost a strach: zpočátku o bezpečnost partnera, pozdější obavy ze společenské degradace. V neposlední řadě je to obava ze slovního napadání, později i fyzické agrese, obavy o bezpečnost vlastní i dětí. Manželky také prožívají pocit zneuznání a nejistoty v oblasti erotiky a sexu.

2. Nepřiměřené zatížení a starost o celkovou prosperitu rodiny.

3. Menší či větší izolace rodiny od příbuzných, přátel a okolí, v němž žije.“

(Kvapilík, 1985, s. 39)

3.5 Poškození plodu alkoholem

Ještě se nenarodily a v jejich žilách už koluje kromě krve i alkohol. Mluvíme o dětech matek, které si ani v době těhotenství nedokázaly odpustit alkohol.

V České republice konzumuje alkohol před otěhotněním 3/4 žen. Z nich třetina pokračuje v pití alkoholu během prvních 3 měsíců těhotenství a dalších 16 % i mezi 3. až 6. měsícem (Kukla a kol., 1999).

Neustále se upozorňuje na možnost poškození plodu alkoholem, zejména když matka pila alkohol během oplodnění a těhotenství. Nejsou známy přesné mechanismy, je však dokázáno, že alkohol může negativně ovlivnit jak spermie, tak vajíčka, avšak nejintenzivněji je ovlivněn plod zejména v prvních týdnech a měsících nitroděložního života (Kvapilík, Svobodová, 1985).

Pouhý jeden „flám“ v těhotenství, může již nenávratně poškodit mozek dítěte. V

období kolem 6. měsíce těhotenství, ale až do dvou let po narození dochází k tzv. růstovému sprintu mozkových buněk a spoju potřebných pro rozvoj myšlení, učení a paměti. Během tohoto období může být alkoholem zabito několik milionů mozkových buněk. K tomu postačují pouhé čtyři hodiny přítomnosti alkoholu v dětském mozku. Poškození je pak spojeno s problémy s učením a s pamětí (Šamánek, Urbanová, 2004).

Alkohol se dostává přes placentu k plodu, kdy krev plodu obsahuje stejné množství alkoholu, jako krev jeho matky (Velemínský, Žižková, 2008).

Alkohol může být též příčinou nitroděložního odumření plodu. Alkohol jakéhokoliv původu je pro vyvíjející se embryo jedem. Stejně omezení v konzumaci alkoholických nápojů platí i pro kojící matky, protože část alkoholu přechází do mléka. (Kvapilík, 1985) Užívání alkoholu během těhotenství může mít závažné následky. Závažné vrozené vady, růstová retardace, dysfunkce centrálního nervového systému, to jsou jen nejzákladnější následky, které se u narozených jedinců mohou vyskytnout (Jones, 1973).

Nejrizikovější je první trimestr, kdy je největší možnost vzniku abnormálních rysů. Plod je v tomto období velmi citlivý a zranitelný. Velmi často se stává, že sama matka o těhotenství vůbec neví. I menší množství alkoholu může mít dopad na uspořádání buněk a růst orgánů. Mozek je obzvláště citlivý na konzumaci alkoholu, v důsledku toho může dojít ke snížení počtu rostoucích nervových buněk, z čehož vyplývá nižší velikost mozku, a též špatné rozmístění neuronů.

V období druhého trimestru je největším rizikem potrat plodu, případně úmrtí dítěte ještě před porodem. V této fázi se vyskytují také stresy plodu, kdy dítě po narození bývá velmi podrážděné a plačtivé. Často dochází k útlumu dýchacích pohybů a snížení nervových buněk. Dle některých studií, je právě tento trimestr nejrizikovější, neboť dochází k nejvýraznějším vlivům vedoucí ke vzniku postižení ze všech období.

Ve třetím trimestru dochází ke ztrátě pyramidových a Purkyňových buněk a granulocytů, společně s cévním poškozením. Problémy se vyskytují také v rozlišování vizuálních a sluchových informacích. V tomto období dochází k velkému růstu plodu, ovšem působením alkoholu může být tento růst narušen (Novotný, 2007).

Určit velikost škodlivé dávky alkoholu v době těhotenství není možné, jelikož každá žena má rozdílný metabolismus a již malé množství alkoholu může být pro plod

rizikem. Z tohoto důvodu by lékaři měli každou těhotnou ženu poučit, že pro alkohol není v těhotenství žádná bezpečná dávka, a před jeho konzumací velmi důrazně varovat (Pokorná, 2008).

Je si třeba uvědomit, že koncentrace alkoholu v těle matky je shodná jako v plodu, kde množství alkoholu vztaženo na kg hmotnosti je mnohonásobně vyšší. Porod u ženy pod vlivem alkoholu představuje smrtelné ohrožení dítěte, protože novorozenec neumí alkohol po oddělení od krevního oběhu matky odbourávat (American Academy of Pediatrics, 2000).

„Alkoholismus není naštěstí u těhotných žen v ČR velmi častý., ojediněle se s ním setkáváme u starších vícerodiček z nižších sociálních vrstev.“ (Hájek, 2004. s. 229)

4 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM

4.1 Historie syndromu FAS

Alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu a první, kdo na tuto skutečnost upozornil, byl již starořecký filozof Platón, který upozorňoval na skutečnost, že alkohol velmi negativně ovlivňuje vývoj plodu v děloze. Napsal: *„Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost a bývá často nemocné.“*

O negativním působení alkoholu na plod se přitom ví několik tisíc let. V dávných časech, bylo dokonce zakázáno plodit dítě v opojení alkoholem. Takové povahy byl i zákon vydaný v Kartágu, který zakazoval novomanželům pít alkohol před svatební nocí a během ní. První odborně podložené zprávy o škodlivém působení alkoholu na vyvíjející se plod pochází 18. století z Anglie. Sdružení anglických lékařů tehdy vydalo zprávu, v níž bylo uvedeno, že alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné a slabé, svráštělé a se stařeckým vzhledem. V roce 1846 se v jednom německém lékařském časopise objevila zpráva o nápadně vysokém výskytu deformovaných a mentálně postižených dětí narozených matkám, které v těhotenství pily po domácku vyráběné pivo.

Koncem 19. století publikoval Dr. Sullivan z Liverpoolu výsledky vyšetření 600 dětí narozených alkoholičkám. Shrnuje v jednoznačném konstatování, že zdravotní stav dítěte bývá poškozen tehdy, když žena požívala alkohol v těhotenství. Alkoholičkám uvězněným po dobu těhotenství, bez možnosti pít alkohol, se narodily zdravé děti. Vědomosti o škodlivém vlivu alkoholu v těhotenství jsou tedy tisícileté – přesto problém alkoholismu těhotných přetrvává dodnes.

Přibližně před čtyřiceti lety vzbudil pozornost lékařské veřejnosti zvýšený výskyt zdravotně postižených novorozenců ve státech, kde se vlivem sexuální revoluce zvýšil konzum alkoholu u mladých žen. V roce 1973 byla ve Spojených státech publikována zpráva o dětech narozených alkoholičkám a v ní byl poprvé popsán fetální alkoholický syndrom. (www.alkohol-alkoholismus.cz)

4.2 Definice syndromu FAS

Podle Velkého lékařského slovníku je syndrom „*typická kombinace příznaků určitého onemocnění, často bývá nazván podle objevitele*“. (Vokurka, Hugo, 2005, s. 807)

Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch patří mezi vrozené vady způsobené teratogenním vlivem alkoholu v prenatálním období (Schmidtová, 2007).

Postižení se projevuje hyperaktivitou, nižším intelektem, poruchami chování, faciálními znaky (krátké oční štěrby, úzký horní ret, malý nos, gotické patro), psychickými problémy a dalšími odchylkami od normy. Někteří jedinci s FAS mohou mít rozštěp patra. Komunikaci ovlivňuje opožděný vývoj kognitivních procesů, jazyka, psychomotoriky a rozumových schopností (Peterson-Falzone, Hardin-Jones, Karnell, 2009). Vysoký příjem alkoholu v těhotenství způsobuje samovolné a předčasné porody a nízkou porodní hmotnost (Brázdová, 1999).

Závažné vrozené vady, růstová retardace patří spolu s kraniofaciálním dimorfismem a dysfunkcemi centrálního nervového systému k základním charakteristikám tzv. „fetálního alkoholového syndromu“ (Jones, 1973).

V České republice se pro poruchy, které jsou způsobeny užíváním alkoholu matkou během těhotenství, používá pojem **Fetální alkoholový syndrom (FAS)**. Ve světě se užívá zastřešující název **Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)**, který se dále rozděluje podle jednotlivých kombinací poruch spojených s prenatální expozicí alkoholu. Nejzávažnější formou zůstává stále FAS.

Nejznámější kategorie jsou:

- *Fetální alkoholový syndrom (FAS)*
- *Alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND)* – kombinace poruch, které se projevují především v psychické oblasti
- *Alcohol-related birth defects (ARBD)* – používá se jen v případech narušení tělesného vývoje plodu
- *Partial FAS (PFAS)* – kategorie, do níž se řadí kombinace poruch, které nesplňují

všechna kritéria pro FAS a nelze je přitom zařadit do žádné z ostatních kategorií

- *Fetal alcohol effects* (FAE) – znaky většinou nejsou na první pohled viditelné, objevují se pouze některé znaky, nedochází k mentálnímu postižení

(www.nofas.org)

Existují snahy zahrnout tyto kategorie do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Prozatím se v této klasifikaci nachází pouze syndrom FAS (pod kódem Q 86.0). Zbývající výše uvedené kategorie je pak možné zahrnout pod kód P043:

4.3 Klasifikace dle MKN

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se FAS zařazuje mezi vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami – Q86. Mezi ně patří:

Q86.0 *Alkoholový syndrom plodu* (dysmorfni)

Q86.1 *Hydantoinátový syndrom plodu Meadowův syndrom*

Q86.2 *Dysmorfismus způsobený Warfarinem*

Q86.8 *Jiné vrozené malformační syndromy způsobené známými vnějšími příčinami*

Jiné postižení plodu se ovšem řadí do skupiny P 04 - Postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem

P04.0 Postižení plodu a novorozence při anestezii a analgezii matky v těhotenství, při porodu. Reakce a intoxikace vyvolaná opiáty a trankvilizéry (lék odstraňující chorobnou úzkost) podanými matce v průběhu porodu.

P04.1 Postižení plodu a novorozence jiným léčením matky - Chemoterapie rakoviny, aplikace cytotoxických léků.

P04.2 Postižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou.

P04.3 Postižení plodu a novorozence užíváním alkoholu matkou.

Nepatří sem: fetální alkoholový syndrom (Q86.0).

P04.4 Postižení plodu a novorozence při toxikomanii matky.

P04.5 Postižení plodu a novorozence chemickými látkami požitými matkou.

P04.6 Postižení plodu a novorozence při vystavení matky chemickým látkám

P04.8 Postižení plodu a novorozence jinými škodlivými mateřskými vlivy.

P04.9 Postižení plodu a novorozence škodlivými mateřskými vlivy.

4.4 Diagnostika FAS

Základní schéma komplexních diagnostických nástrojů bylo uveřejněno již v roce 1996 v Diagnostických kriteriích Institute of Medicine (IOM). Tato diagnostická příručka nebyla zcela ucelená a byla značně zkreslená. Druhou možností je systematicky a kategoricky pojatý nástroj, který je komplexní průvodcem diagnostiky FAS s jasně vymezenými hranicemi a kriterii. Tento nástroj je označován jako Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spektrum Disorders - The 4 –Digit Diagnostic Code ve zkratce 4DDC.

Tato metoda diagnostiky má ovšem jednu nevýhodu, která spočívá v časové náročnosti samotného diagnostického procesu. Výhodou je však jeho podrobná diagnóza, která umožní a navrhne doporučený postup. Americká centra pro kontrolu nemocí vydala vlastní manuál Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis, který je oproti 4DDC diagnosticky pojatý více narativní formou, přestože definuje kritéria pro diagnostiku, nabízí zároveň podklady pro diferenciální diagnostiku FAS. Dalším nástrojem jsou Canadian Guidelines for FASD Diagnosis, ty vychází z větší části z 4DDC a jsou víceméně zkrácenou formou a zjednodušenou formou této diagnostické příručky (Novotný, 2009).

K diagnostice pití alkoholu v těhotenství existují screeningové testy rizikového pití v těhotenství. Zde se využívají zařadit nejvíce krátké dotazníky např. TWEAK, které těží především z rychlé a snadné administrace vyhodnocování (Novotný, 2009).

TWEAK je dotazník, který s poměrně značnou účinností odhaluje alkoholismus u pacienta. Jde o zkratku z počátečních písmen jednotlivých otázek (**T**olerance, **W**orry-obavy, **E**ye opener- ranní pití, **A**mnesiaamnésie, **C**ut down-pestat) (Novotný, 2009).

Dalším možným přístupem v diagnostice je rozhovor. Rozhovor (interview) je cílevědomá verbální či neverbální komunikace. Může být volný, řízený či kombinovaný, anamnestický či specializovaný. Měl by být veden vždy s ohledem na mentální věk osobnosti. Při vedení rozhovoru je důležitá taktnost, a též míra empatie (Valenta, Müller, 2007). Dobře položené otázky jsou základem úspěšné diagnostiky, jelikož málokterá žena je ochotna hovořit spontánně a otevřeně o svém nadměrném užívání alkoholu či drog v těhotenství. Otázky týkající se alkoholu nejprve volíme v oblasti rodinné anamnézy. Otázky by měly být kladeny takovým způsobem, aby co

nejméně vzbudily odpor k její další spolupráci (Přinosilová, 2007).

Pokud žena není opilá během porodu, je těžko zjistitelné, zda-li pila alkohol i v průběhu těhotenství. Málokterá žena se k tomu „prohřešku“ přizná, protože si je vědoma faktu, že by se ihned stala terčem kritiky a byla by okamžitě považována za špatnou matku. Tato stigmatizace je natolik zastrašující, že je ochotna pouze v případě přiznání připustit výjimečné pití pouhé jedné skleničky vína nebo piva. Tím její přiznání končí (Přinosilová, 2007).

4.5 Charakteristické znaky FAS

Alkohol působí na plod v celé šíři účinků. Může ovlivnit vývoj jedince v různých oblastech, od následků fyzických až po následky psychické. Co se týče diagnostiky FASD, není to jednoduchý proces, jelikož se nemusí projevit všechny diagnostické znaky.

Klinické nálezy FAS:

Obecně časté nálezy

- prenatalní a postnatální růstová retardace
- defekty srdečních sept
- kloubní deformity
- mentální retardace
- obličejové deformity – zúžené oční štěrbin, stlačený kořen nosu s krátkými nosními křídly a široce posazené očníce

Obecně méně časté nálezy

- abnormality sítnice
- okulární abnormality
- sluchové a vestibulární poruchy
- jaterní anomálie
- abnormality močového traktu
- poruchy imunitního systému
- poruchy srdečního rytmu
- kožní abnormality

- dysplazie nehtů
- abnormality skeletu

Kromě těchto znaků, které jsou pro stanovení diagnózy nezbytné, se často vyskytuje také:

- mikrocefalie (zmenšená mozková část hlavy),
- zubní abnormality, malé zuby, rozštěp patra či dysplastický vývoj boltců,
- poruchy sluchu až hluchotu (Novotný, 2007).

Mezi další charakteristické znaky lze zařadit:

- zmenšená výška a váha, nebo také nerovnoměrné rozložení tukové tkáně, z čehož vyplývá také nesouměrný vývoj postavy. Tím dochází k negativním změnám v oblasti pohybové soustavy.
- omezená hybnost kloubů, luxace kyčlí, skolióza, ochablé svaly, napjaté šlachy, vydutí hrud' (tzv. ptačí hrudník). Časté jsou genitální deformity, rozštěp páteře, či růst vlasů na zadní straně krku.
- poruchy zraku spojené především s nedostatečným vývojem oka.
- narušení CNS, které se může projevovat jednak jako strukturální postižení mozku, nebo jako funkční nedostatky jednotlivých psychických funkcí.

Kromě takto chronicky poškozeného plodu, může být nenarozené dítě v akutním nebezpečí ještě v průběhu porodu. Nikdo se totiž nerodí vybavený schopností metabolizovat alkohol. Tato schopnost se vyvíjí postupně a až kolem pátého roku věku získáváme základní výbavu pro látkovou přeměnu. To znamená, že pokud je u matky zjištěno větší množství alkoholu a začne rodit, novorozenec má stejné množství alkoholu v krvi jako matka. Ve chvíli, kdy plod opustí tělo matky, nemá již novorozenec možnost alkohol předávat zpět do mateřského organismu a sám postrádá schopnost alkohol metabolizovat. Prožije tak hned první den života v nebezpečně vysoké intoxikaci a jeho život je vážně ohrožen, pokud vůbec přežije (Heller, Pecinová, 1996).

V prvních měsících života jsou děti s fetálním alkoholovým syndromem často dráždivější a neklidnější, mají horší sociální schopnosti, mají problémy s navazováním kontaktů s matkou i jiným okolím, někdy se mohou objevit autistické znaky. Časté jsou

problémy s polykáním, potíže s koordinací nebo poruchy spánku.

S přibývajícím věkem se mohou vyskytnout další problémy. V interakci s okolím se projevují mnohem intenzivněji různé známky poškození mozku - snížení až ztráta intelektuálních schopností, špatná paměť, zadržávání myšlení, poruchy pozornosti atd. V komunikaci se objevují vývojové poruchy řeči či echolálie, mohou se také objevit poruchy centrálního zpracování řeči. Celkově se tedy vývoj opoždí a projevuje se mentální a motorická retardace (Novotný, 2007).

V období školní docházky se tyto problémy prohlubují, největší problémy jsou spojené s adaptací na školní prostředí. Výrazně se projevují problémy s řečí, vývojové poruchy, především pak specifické poruchy učení. Tyto děti mají výrazné problémy s pochopením vztahů, např. nerozumí principu příčiny a důsledku, velmi malá schopnost morálního usuzování, empatie. S tímto bývá spojen také syndrom ADHD, poruchy chování a impulzivita, obecně malá schopnost ovládat vlastní potřeby, obtížně kontrolovatelné chování.

Často se uvádí, že malé množství alkoholu dítěti neuškodí. Pravda ovšem je, že doposud není známa velikost této „bezpečné“ dávky. Naše genetická výbava, která určuje naši citlivost k alkoholu a jeho odbourávání je individuální, a to stejné platí i u plodu. To znamená, že to, co jednomu neublíží, druhému může způsobit FASD (Crha, Hrubá, 2000).

5 PÉČE O TĚHOTNOU ŽENU A JEJÍ DÍTĚ

Specifičnost prenatální péče, porodu i následné péče spočívá v tom, že se vlastně nejedná o jednu osobu. Hledáme ideální řešení pro matku a její dítě. Při prvním kontaktu vyvstává otázka, komu v dané situaci pomoci nejdříve. Ideální je, když se podaří skloubit obojí. „Úspěšnost léčby je většinou přechodná, často dochází k relapsům.“ (Hájek, 2004, s. 227)

5.1 Péče o těhotné v ČR

Po zjištění těhotenství by měla žena pravidelně docházet na vyšetření ke svému lékaři, který určí nejen, jak dlouho těhotenství trvá, kdy je možné předpokládat porod, ale v rámci pravidelných kontrol sleduje zdravotní stav těhotné ženy a vývoj plodu. Medicína hodně pokročila a je tedy možné zjistit problémová, ohrožená těhotenství a včas zahájit léčbu a patřičnou péči (Pařízek, 2006).

V současné době existují pro těhotné 3 typy poraden:

- poradny základní péče-určeny ženám, jež vykazují dobrý zdravotní stav, a těhotenství probíhá bez komplikací;
- poradny s intermediální péčí-určeny ženám, u kterých je z různých důvodů těhotenství rizikové (například riziko potratu nebo cukrovka matky);
- poradny v perinatologickém centru- zde je možnost zvolit z řady diagnostických a léčebných metod, jež umožní relativně dobrý průběh těhotenství, kterému napomáhají i specializovaní lékaři (Pařízek, 2006).

5.2 Léčba závislosti v těhotenství

Péče je zaměřována především na identifikaci látek, které žena užívá, a to pokud možno co nejdříve po začátku těhotenství. Žena je nabádána, aby látku dále nebrala a poučena o následcích, které mohou postihnout její dítě. Čím dál častěji se ovšem stává, že u žen, které návykové látky užívají, začíná jejich péče až v okamžiku, kdy jsou hospitalizovány a začínají rodit. Velmi brzy po porodu nemocnici opouští a opět začnou návykové látky požívat (Leifer, 2004).

Gravidní závislou klientku bychom měli motivovat, aby se zařadila do léčebného nebo preventivního programu v péči o závislé. Úspěšnost léčby záleží na mnoha faktorech, především na vůli ženy změnit své dosavadní chování a způsob života, který často obnáší utnutí vazeb s komunitou, kde k aplikaci návykových látek docházelo. Pokud je žena v situaci, kdy má partnera, který je sám závislý, nejlepším řešením je hospitalizace na některém protidrogovém zařízení, v ideálním případě společně s partnerem. Pokud partner není svolný k léčbě, úspěšnost ženiny léčby je většinou pouze přechodná. Je pravidlem, že těhotná nebývá závislá jen na jedné droze. Zpravidla se jedná o těžké kuřáčky s abúzem alkoholu (Hájek, 2004).

Detoxikace se většinou v průběhu těhotenství nedoporučuje. Pokud je nezbytné k ní přistoupit, je směřována do období druhého trimestru. Vždy je spojena s hospitalizací na odborném pracovišti, které se zabývá léčbou závislostí, a pracovníci mají zkušenost s těhotnými ženami. Většinou u těhotných žen je terapie směřována na substituční léčbu, která není časově omezena, odkládá a nahrazuje trvalou abstinencí na dobu po porodu, až ji bude moci pacientka podstoupit. Tato léčba se provádí pouze ve specializovaných zdravotnických zařízeních, která mají akreditaci pro substituční programy. Akreditaci k realizaci substitučního programu schvaluje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Aby nedocházelo k zneužívání a úniku substitučních látek na nelegální trh, má terapie pevná pravidla. U těhotných žen je substituční léčba přijatelným kompromisem, jak klientku kladně ovlivňovat v sociální stabilizaci a udržet ji pod lékařským dohledem. V ČR se k substituční terapii nejvíce používá Metadon a Subutex (Hájek, 2004).

Metadon

Metadon byl vynalezen v Německu a používán za II. světové války. Podává se klientům, u kterých selhalo již více pokusů o abstinenci léčbu, jedincům s těžkým poškozením imunitního systému nebo těhotným ženám, kde abstinence nepřichází vzhledem k možným rizikům v úvahu. Klient dlouhodobě stabilizovaný metadonem je schopný se zařadit do normální společnosti (Vavřínková, Binder, 2000).

U těhotných žen, které jsou zařazeny do metadonového programu, je důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit abstinenci příznaky. Dávkování závisí na mnoha faktorech a je tedy individuální, ale nedoporučuje se překračovat dávku 40 mg na den. Vyšší dávky ovlivňují dýchání, srdeční rytmus a pohybovou aktivitu plodu.

Přerušení léčby metadonem ve II. trimestru může vyvolat spontánní potrat a ve III. trimestru předčasný porod. Tyto ženy také vedou méně rizikový způsob života, jelikož si musejí denně pro metadon docházet, je tak větší možnost sledovat průběh těhotenství a alespoň částečně je kontrolovat (Vavřínková, Binder, 2006, www.dropin.cz).

U plodu se metadon kumuluje v plicích, játrech a slezině, po porodu se dostavuje abstinenci syndrom novorozence. Zpravidla platí, čím vyšší byla dávka metadonu u matky, tím výraznější a delší jsou abstinenci příznaky. Příznaky mohou přetrvávat až 5 měsíců po narození a vyžadují léčbu a lékařský dohled (Hájek, 2004).

Subutex

Subutex byl vyvinut k odvykací a detoxikační léčbě. Původně byl používán k léčbě bolesti. Využívá se v odvykací léčbě, jelikož intenzita abstinenci příznaků není tak silná, jako by byla při použití například heroinu. Podává se perorálně. Jeho účinek nastupuje pomaleji, uvolňuje se pomaleji a má delší čas rozpadu. Zvýšenou dávkou se prodlouží i doba účinku, a to umožňuje podání jedné dávky za 24 hodin, často i v delším intervalu (Vavřínková, Binder, 2006).

Do mateřského mléka přechází v mizivém množství, takže u matky nemusí být laktace zastavena. Abstinenci syndrom novorozence nastupuje druhý den po porodu, je mírnějšího rázu a rychle odeznívá. Problémem je, že žádná pojišťovna v ČR neposkytuje ani částečnou úhradu a všichni pacienti si jej musejí hradit sami. „*Výhodou proti metadonu je možnost poměrně rychlého snižování dávky.*“ (Hájek, 2004, s. 229)

Nefarmakologická terapie

Mezi základní poskytované služby ženám patří *psychoterapie a individuální poradenství, partnerská a rodinná terapie, terapeutické skupiny pro matky s dětmi a rodičovské skupiny, fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie, hlídání dětí s programem.*

Všechny tyto programy jsou směřovány na zklidnění psychického stavu, stabilizaci rodinného prostředí a upevnění role matka - dítě. Některé programy kromě ambulantní péče poskytují těmto ženám v nepříznivé situaci i chráněné bydlení a práci na chráněných pracovních místech. U nás v ČR tyto služby a terapie poskytuje například občanské sdružení (Vavřínková, Binder, 2006).

5.3 Charakteristika dospělých dětí alkoholiků

1. Nejsou si jisty tím, jaké chování je normální.
 2. Mají těžkosti při dotahování úkolů do konce.
 3. Lžou v situacích, kdy by bylo lehčí říci pravdu.
 4. Posuzují sebe samy bez slitování.
 5. Mají problém se bavit.
 6. Berou samy sebe velice vážně.
 7. Mají problémy s důvěrnými vztahy.
 8. Reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit.
 9. Neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění.
 10. Obvykle cítí, že jsou odlišné než ostatní lidé.
 11. Jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné.
 12. Jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená.
 13. Jsou impulzivní
- (Woititzová, 1998).

Tyto charakteristiky nemusí platit pro všechny dospělé děti alkoholiků, některé se na ně mohou vztahovat jen do určité míry (Woititzová, 1998).

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Praktická část v úvodní kapitole stanovuje cíl diplomové práce, jenž je zaměřen na konkrétnější objasnění problematiky syndromu FAS. Druhá část stanovuje výběr respondentů, metody výzkumu, mezi něž patří pozorování, rozhovor, vyhodnocení formou kazuistik a následná diskuse.

V praktické části diplomové práce jsme se zabývali informacemi, které jsme aplikovali na základě teoretických poznatků. Respondenty byly matky, které během těhotenství užívaly návykové látky a u jejichž dětí se vyskytly varovné známky syndromu FAS, a poskytly nám o těchto situacích daná svědectví. Syndrom FAS není v současné době příliš diskutovatelné téma, ovšem následky tohoto syndromu mají často hrůzný dopad na celkový vývoj dítěte. Záměrem praktické části se proto stalo zjištění dopadů závislých matek na alkoholu, který měl následný vliv na vývoj dítěte, projevující se v dalších letech specifickými příznaky a negativními následky. Tohoto záměru jsme dosáhli pomocí rozhovorů a případových studií jednotlivých dětí.

6.1 Cíl praktické části

Hlavním cílem praktické části bylo získat informace od matek, které během těhotenství užívaly návykové látky (alkohol, drogy) a pochopit tak jejich počínání. Cílem je poukázat na následky konzumace alkoholu během těhotenství a dopad tohoto jednání na vývoj samotných dětí. V závěru práce bychom měli být schopni odpovědět na otázku, zda jsou tyto matky nezodpovědné, lhostejné nebo jen nedostatečně informované v této oblasti.

6.2 Výzkumné otázky

Hlavní cíl práce:

1. Jsou v dnešní době ženy lépe informovány o negativních důsledcích návykových látek během těhotenství, než tomu bylo dříve?
2. Mají těhotné ženy dostatek informací o tom, jak může alkohol a jiné návykové látky vážně poškodit jejich plod?
3. Má povědomí současná veřejnost, co znamená pojem „fetální alkoholový syndrom“?

6.3 Výběr metod k výzkumu

Matky, se kterými jsem rozhovory prováděla, byly vybrány metodou *záměrného výběru*. „Záměrný výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem je právě vybraná vlastnost nebo stav. Vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.“ (Patton, 1990 in Miovský, 2006, s. 135) Konkrétněji mluvíme o metodě *prostého záměrného výběru*, kdy „vybíráme mezi účastníky výzkumu toho, který je pro účast vhodný a s ním také souhlasí.“ (Miovský, 2006, s. 136) S ženami, se kterými jsem rozhovor prováděla, bylo dohodnuto, že při následné prezentaci bude zachována diskretnost a anonymita všech osob, které ve svých kazuistikách zmíním.

6.4 Metody výzkumu

K mému projektu jsem zvolila následující výzkumné metody:

Rozhovor (interview) je cílevědomá verbální či neverbální komunikace. Může být volný, řízený či kombinovaný, anamnestický či specializovaný. Měl by být veden vždy s ohledem na mentální věk osobnosti. Při vedení rozhovoru je důležitá taktnost a míra empatie (Valenta, Müller, 2007).

Rozhovor řadíme mezi explorační metody. Jeho úlohou je navázat přímý kontakt s určitou osobou a získat potřebné informace (Přinosilová, 2007).

Rozhovor jako výzkumná metoda se od běžného rozhovoru odlišuje tím, že je předem připraven. Máme dva typy vedení rozhovoru – při prvním jsou všechny otázky zformulovány - jde tedy o řízený strukturovaný rozhovor, v případě druhém je stanovena alespoň základní osnova - jedná se o volný rozhovor. Při vedení rozhovoru velmi záleží na navázání kontaktu a vytvoření důvěry (Kraus, 2008).

Dodržujeme základní zásady: rozhovor by měl probíhat v přirozeném prostředí klienta; v úvodu bychom se měli „naladit“ na stejnou úroveň uživatele; přizpůsobit svou slovní zásobu a úroveň dotazů jeho mentální úrovni. Měli bychom používat krátké a jednoduché věty, kterým klient porozumí, pozorně naslouchat, aby dotazovaný poznal, že máme o něj zájem. Snažíme si udržet neutrální postoj k celé situaci, zohledňujeme časovou přístupnost dotazovaného, a také kontrolujeme sami sebe. Klademe nejdříve otázky obecnějšího charakteru, a teprve poté intimnějšího rázu

(Chráška, 2000 in Valenta, Müller, 2007, Hendl, 2008).

V námi realizovaných šetření byla využita metoda **polostrukturovaného rozhovoru**. „*Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát.*“ (Miovský, 2006, s. 159) Tím se zajistí, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Pouze na něm závisí, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Formulaci otázek může tazající přizpůsobovat podle dané situace (Hendl, 2008).

Pozorování je jednou z velmi důležitých metod, která zaujímala důležité postavení již v minulosti. Hartl, Hartlová (2000, s. 446) vymezují pozorování, jako „*metodu založenou na sledování chování jiných jedinců, případně okolnosti těchto činností.*“ (Hartl, Hartlová, 2000) Můžeme jej dělit na soustavné a příležitostné; zjevné a skryté; zúčastněné a nezúčastněné; přímé a zprostředkované; přirozené a laboratorní; strukturované a nestrukturované (Hartl, Hartlová, 2000). Při pozorování se můžeme však setkat se subjektivní zkreslením pozorovaného, čemuž se můžeme vyvarovat uvědoměním si ovlivňujících faktorů, mezi něž řadíme např. haló efekt, předsudky, náš aktuální psychosomatický stav aj. (Valenta, Müller, 2007).

Pozorování a rozhovor byly realizovány na sociálním oddělení péče pro matku a dítě, v rámci předem sjednané schůzky s klientkou.

Struktura kazuistiky zkoumá konkrétního jedince, u kterého je patrné určité postižení, od samého počátku zjištění postižení až po současnost. K získávání potřebných informací slouží jednak výsledky odborných vyšetření (lékařské, sociální, psychologické), také posudky různých institucí (pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně pedagogické centrum) (Přinosilová, 2007).

Plevová (2004, s. 16) definuje kazuistiku jako „*rozbor a popis jednotlivého případu*“. Kazuistika může být zaměřena na popis vztahů a vývoj problému. Sleduje minulost i přítomnost a popisuje různé události, které mohly ovlivnit současný stav. Pro vypracování podrobné kazuistiky je nutné zajistit si dostatek informací. (Langer, 1987)

Podle Nekonečného (1997) je kazuistika (z latinského casus – případ) metoda popisu a rozboru konkrétního jednotlivého případu.

„*Ve výzkumu používáme několik základních kvalitativních plánů výzkumu. V pedagogických případových studiích se snažíme popsat a pochopit složitost daného případu.*“ (Hendl, 2009, s. 69)

6.5 Volba výzkumného vzorku

V diplomové práci budou popsány případové studie pěti dětí, jejichž matky během těhotenství požívaly v nadměrné míře alkohol. Případové studie budou zpracovány na základě prostudování osobních spisů, pozorování a z rozhovorů s klientkami (samotnými matkami). Rozhovory byly prováděny na jihu Moravy na sociálním oddělení pro matku a dítě.

7 KAZUISTIKY DĚTÍ

7.1 Kazuistika č. 1

LENKA, 10 let

Dívka jménem Lenka se narodila v roce 2003. Je u ní potvrzen fetální alkoholový syndrom, v důsledku nadměrného množství užívání alkoholu matkou během těhotenství. V současné době se dívka nachází v dětském domově.

Rodinná anamnéza

Lenka: narozena v roce 2003, po narození u ní zjištěny příznaky syndromu FAS

Matka: narozena v roce 1975, vdaná, v současné době nezaměstnaná, jinak vyučená jako prodavačka. Již několikrát se léčila v protialkoholní léčebně, ovšem zatím vždy neúspěšně.

Otec: narozen 1969, zaměstnání zedník.

Sourozenci: bratr Ladislav, narozen 1995.

V biologické rodině je matka závislá na alkoholu. Otec také rád konzumoval alkohol ve větších dávkách, ovšem umístění do protialkoholní léčebny vždy razantně odmítal. U matky se závislost na alkoholu zhoršila v době, kdy jí zemřela její matka, což bylo v roce 2002. V tu dobu ji opouští i její manžel, a tak matka s otcem již ve společné domácnosti nežijí, i když spolu čekají dalšího potomka – Lenku.

Obě děti se nyní nacházejí v dětském domově, jelikož matka měla velké dluhy a nedokázala dětem zajistit péči tak, jak by měla. Dětem v důsledku dluhů matky nebyly poskytovány základní potřeby, jak biologické tak i sociální povahy. Do školy chodily často ve špinavém oblečení, bez svačín a unavené. Celkově matka nebyla schopna zajistit vyhovující podmínky pro výchovu dětí. Otec o děti nejevil žádný zájem. Starší bratr uvedl, že často spával mimo domov, jelikož si k nim matka pravidelně vodila návštěvy a popíjela alkohol. Chování matky je velmi hlučné, agresivní a nevyzpytatelné.

Ze záznamů se můžeme dozvědět, že při druhém otěhotnění matka chodila do poradny pro těhotné pod značným vlivem alkoholu. V 33. týdnu těhotenství u ní byla naměřena hladina alkoholu 2,1‰. K porodu byla přivezena v opilém stavu, kdy jí byly naměřeny téměř 2,5‰ alkoholu. Po porodu v nemocnici vyvolávala nepřiměřené scény

a konflikty. Rozhodnutím soudu, kde bylo nařízeno předběžné opatření, agresivní jednání matky ještě více gradovalo. Matka docházela do nemocnice silně opilá a nepatřičným způsobem naléhala na personál, aby jí byla nezletilá dcera Lenka vydána do vlastní péče.

Osobní anamnéza

Lenka se narodila spontánně ve 34. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost byla 2270 g. Projevil se u ní neonatální abstinenční syndrom, který je charakteristický zvýšenou dráždivostí a třesem končetin. Po porodu byla Lenka umístěna do inkubátoru. Poté byla převezena do blízké fakultní nemocnice na vyšetření. Prokázalo se, že Lenka je dítětem trpícím syndromem FAS. Její celkový stav byl naštěstí dobrý. Dívka od počátku nebyla kojena, a tak musela být uměle dokrmována. Potravu přijímala ovšem velmi špatně, častokrát zvracela. Tento stav přetrvával i po přijetí do kojeneckého ústavu. Vzhledově má dívky menší hlavu a celkově je menšího vzrůstu. Projevuje se u ní dráždivost a neklid. Je zde patrné mírné opoždění v psychomotorickém vývoji, hyperaktivita a emoční labilita. Lenka potřebuje soustavnou péči, kterou by matka nebyla schopná zajistit. Na tomto závěru se shodují i lékaři, jelikož je prokazatelné, že se matka, i přes veškeré sliby o změně svého chování a léčení se z alkoholové závislosti, k žádné změně doposud nedošlo.

Lenka je jinak komunikativní děvče. Když je Lenka pod dohledem, plní všechny povinnosti řádně, tak jak má. V dětském domově vychází se všemi dětmi dobře. Díky hyperaktivitě musí být neustále zaneprázdněna nějakou činností, a tak velmi ráda pomáhá „tetám“ v dětském domově, kdy se zapojuje do nejrůznějších prací a činností. Lenka ovšem těžce nese nepřítomnost rodičů, emočně strádá. Velmi rychle si dokáže vytvořit silné pouto k jakémukoli člověku, je hodně důvěřivá. Od první třídy je v péči psychologů.

Školní anamnéza

V předškolním věku u Lenky diagnostikováno ADHD. Velmi nápadná je u ní řečová vada, trpí plynulostí řeči, čili koktavostí. Kvůli této vadě navštěvovala Lenka mateřskou školu logopedickou. Nyní navštěvuje základní školu speciální. Dívka často střídá své zájmy, po krátké době ji veškeré činnosti přestanou bavit, rychle ztrácí motivaci. I na základní škole stále přetrvávají logopedické problémy, řeč je nesprávná, těžko se jí hledají správné výrazy pro danou věc. V psaní se projevuje dysgrafie.

7.2 Kazuistika č. 2

ROBERT, 5 let

Chlapec jménem Robert, narozen v roce 2008, u kterého byly po porodu zjištěny abstinční příznaky syndromu FAS, v důsledku nadměrné konzumace nikotinu a alkoholu jeho matkou v průběhu těhotenství. Nejdříve byl Robert v pěstounské péči u své babičky a nyní se o chlapce stará opět jeho matka.

Rodinná anamnéza

Robert: narozen v roce 2008, po požívání alkoholu a nikotinu matkou během těhotenství, se u Roberta projeví abstinční příznaky syndromu FAS

Matka: narozena v roce 1980, vyučena jako kuchař-číšník, v současné době je evidována na úřadu práce. Matka svou závislost na alkoholu popírá.

Otec: narozen v roce 1976, pokrývač podlahových krytin, s matkou již nežije

Matku k požívání alkoholu dovedl její manžel, který byl v minulosti již několikrát trestně stíhán za výtržnictví pod vlivem alkoholu. Alkoholové dýchánky u nich doma, nebo v hospodách byly na denním pořádku. Pár však bydlel u matky ze strany manželky. A té se tato situace nelíbila. Její dcera před seznámením s mužem byla zcela spolehlivá žena, které alkohol příliš nic neříkal. Ovšem po seznámení s nynějším mužem se situace zcela změnila.

Do bytu matky si vodil muž své kamarády a tak se byt stával „alkoholovým doupětem“. Zde také často docházelo ke konfliktům, hádkám nebo rvačkám mezi známými a mužem, který se choval pod vlivem alkoholu agresivně, často pod normou běžného chování. Když matka začala vyhrožovat vyhostěním dcery a jejího přítele ze svého bytu, dozvěděla se zprávu o tom, že dcera je těhotná. A tak se rozhodla dát jim ještě jednu šanci. Doufala v to, že dcera konečně přestane pít alkohol. Ovšem dcera byla opakovaně spatřena v době těhotenství pod vlivem alkoholu, ke kterému přidávala ve větších dávkách také nikotin.

V době těhotenství dcera však začala mít problémy se svým mužem, který se dostal do finanční tísně a začal prodávat věci z bytu. Ještě před narozením Roberta manžel odchází od ženy. Tím se matka se svou dcerou dostává do sociální tísně, jelikož manžel byl živitelem rodiny. Dcera vypjatou emoční situaci nezvládá a čím dál častěji sahá po sklence alkoholu. Matka ji opakovaně upozorňovala na to, že je to pro její dítě

nebezpečné Dcera však matku neposlouchala. Do poradny skoro vždy docházela v podnapilém stavu.

V den, kdy se žena dostavila do porodnice, byla natolik opilá, že nebyla schopná chůze ani komunikace. Kvůli problémům s alkoholem, nebylo doporučeno dítě svěřit do péče matky, a tak byla nařízena ústavní výchova. S tou žena vzhledem ke svému stavu souhlasila a po narození syna šla dobrovolně na protialkoholní léčení. Robert byl nejprve v kojeneckém ústavu a poté si ho do pěstounské péče vzala jeho babička. Po skončení protialkoholního léčení se dcera o svého chlapce začala starat. Z pěstounské péče babičky byl tak poté svěřen opět do péče matky.

Osobní anamnéza

Robert byl narozen spontánně v 34. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost byla 1980g, míra 43cm. U chlapce byl prokázán neonatální abstinenční syndrom. Když mu byla odebrána krev, zjistila se přítomnost alkoholu v těle v hodnotě 1,3 ‰. Robert se narodil se srdeční vadou, rozštěpem horního rtu, poruchami spánku, sání, výrazně neklidný, dráždivý, roztřesený. Robert byl od začátku dokrmován, ale přijímání potravy mu dělalo ze začátku problémy, a tak se potýkal s úbytkem na váze. Poté se však stav zlepšil, ale i tak byl drobnější postavy. Po dosažení hmotnosti 7kg bylo možno přistoupit k plastické operaci rozštěpu rtu, kvůli které by mohlo dojít k problémům s komunikací. Operace dopadla úspěšně, Robert byl po zákroku ještě pod dohledem odborných lékařů.

V současné době se o chlapce stará už jeho matka, která úspěšně absolvovala protialkoholní léčení. U chlapce je nutná soustavná péče, se kterou dceři pomáhá její matka, u které se synem bydlí. Robert dochází do logopedické poradny, kde zdokonaluje svou řeč a komunikaci. Chlapec jeví známky plachosti a neklidu. Jelikož se u chlapce projeví i známky sníženého intelektu, navštěvuje mateřskou školu speciální.

Školní anamnéza

Chlapec druhým rokem navštěvuje mateřskou školu speciální. V kolektivu ostatních dětí se jeví neklidným, ke hře nepotřebuje ostatní děti, je spíše samotářem. Při konfliktu s druhými dětmi může dojít k afektu. Má problémy při navazování vztahů s vrstevníky. Je hodně přecitlivělý a vyskytuje se u něj střídání nálad. V oblasti motoriky je značná neobratnost, poruchy prostorové a pravolevé orientace.

7.3 Kazuistika č. 3

JIRKA, 18 let

Jirka narozen v roce 1995, po porodu zjištěny příznaky fetálního alkoholového syndromu. Matka alkoholička, která odmítá pomoc odborníků. Nezvládá výchovu svých třech dětí.

Rodinná anamnéza

Jirka – narozen v roce 1995, po požívání alkoholu během těhotenství jeho matkou je u Jirky diagnostikována řada negativních dopadů na jeho vývoj.

Matka – narozena v roce 1963, vyučena jako švadlena

Otec – narozen v roce 1960, opravář obráběcích strojů

Bratr Vojta, narozen v roce 1992 a *sestra Adéla*, narozena v roce 1990

Matka, která je vyučena švadlenou o svou práci v roce 1993 přišla. Přijímala jen občasné zakázky od svých známých, ale tím rodinný rozpočet příliš neobohatila. A tak veškeré finance zajišťoval její manžel, který je opravářem obráběcích strojů. Jelikož mají 3 děti, musel v práci často zůstat déle a brát si přesčasy, aby svou rodinu uživil. U matky, která zůstala doma a byla registrovaná na úřadu práce, snahy o získání nové práce byly spíše pasivní povahy. Přes den se doma po určité době začala nudit a tak postupem času došlo k utajovanému popíjení. Dávky alkoholu se postupně začaly zvyšovat. Matka začala mít docela velké problémy, nezvládala chod domácnosti ani výchovu svých dětí. Svou roli v této situaci hrálo také to, že muž byl často v práci a doma se objevoval opravdu jen zřídka.

V této době žena otěhotněla, ovšem ani těhotenství ji nepřimělo k tomu, aby své dávky alkoholu omezila. Nadále alkohol popíjela. Do společnosti žena téměř nechodila, byla neustále zavřená doma. Okolí tak ani nezpozorovalo, že je těhotná a má problémy s alkoholem. Pro alkohol posílala vždy své dvě děti. Ke třetímu těhotenství se stavila hned o začátku negativně. Jelikož neměla dostatek financí, tato situace se jí vůbec nezamlouvala. Dokonce přemýšlela i o potratu, ale jelikož těhotenství zjistila až ve 3. měsíci, tudíž na interrupci bylo již pozdě. Jelikož se stalo, že se do poradny pro těhotné matky dostavila často v podnapilém stavu, lékaři ji upozorňovali na rizika, která se vyskytují u konzumace alkoholu během těhotenství, matka na rady lékařů však nedbala a dále potají popíjela. Otec se snažil ženu od alkoholu odradit, ale marně. Po porodu se

u Jirky objevily příznaky fetálního alkoholového syndromu. Matka slibovala, že po porodu přestane pít a o své dítě se postará.

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil předčasně v 37. týdnu. Jednalo se o komplikovaný porod, u Jirky byla nízká porodní hmotnost – 2100g. V důsledku fetálního alkoholového syndromu došlo k vrozené vadě v oblasti úst. Narušena je také komunikace, problematický vývoj řeči, jemné a hrubé motoriky, celkový opožděný vývoj dítěte. Dítě bylo hodně neklidné, třesoucí se. U Jirky je těžkopádné vyjadřování v důsledku ztuhlosti svalstva v obličeji. Objevují se u něj také tiky a záškuby obličeje a to zejména v náročných a stresových situacích.

V šesti letech je u Jirky také diagnostikována porucha barvocitu, problémy v oblasti figura-pozadí. Hůře se orientuje v prostoru a čase. Zapomíná, kde má své věci, které věci jsou jeho, kdy má kam přijít. Je vyhraněným levákem, má problémy s rukodělnými činnostmi. Mívá konflikty se ženami, muže poslouchá ochotně. Toto jednání je v důsledku negativního chování matky k synovi. Jirka, který je v pořadí třetím dítětem v rodině, nebyl plánovaným, což mu matka již od samého dětství vštěpovala do hlavy. Velkou oporu má Jirka ve svých sourozencích a otci, kteří se o něj přívětivě starají. U matky je neustále negativní postoj k dítěti, ovšem konzumaci alkoholu, jak slíbila, omezila na minimum.

Školní anamnéza

Jirka docházel do mateřské školy speciální, nástup do školy byl o jeden rok odložen. Pro splnění školní docházky byla u Jirky též zvolena základní škola speciální. Na prvním stupni měl Jirka celkem dobrý prospěch, ovšem vyskytovaly se zde časté problémy se svými vrstevníky. Velmi rád je popichoval slovně i fyzicky. Dobře však spolupracoval s učiteli, což vedlo vždy k uklidnění jeho chování. Po celou dobu školní docházky je u Jirky pomalejší tempo, které je ovšem akceptováno. Na druhém stupni se objevují častější konflikty se spolužáky.

Časté jsou také výkyvy nálad, plačtivost a přecitlivělost. V 8. třídě se Jirkovo chování ke spolužákům a okolí zlepšuje. Snaží se hodně komunikovat. V tomto období se uklidňují vztahy v rodině, zejména ze strany matky, která na Jirku neklade již takové nároky a má větší důvěru v Jirkovi schopnosti, což má kladný dopad na Jirkův další vývoj.

7.4 Kazuistika č. 4

HONZA, 13 let

U Honzy, který se narodil v roce 2000, se po porodu objevily příznaky fetálního alkoholového syndromu. Jeho matka během těhotenství hojně požívala alkoholické nápoje a nikotin a důsledkem toho, došlo k těmto negativním dopadům na dítě.

Rodinná anamnéza

Honza – narozen v roce 2000, příznaky fetálního alkoholového syndromu, v současné době se nachází v péči pěstounů

Matka – narozena v roce 1978, pouze základní vzdělání, v současné době registrovaná na úřadu práce

Otec – narozen v roce 1975, té pouze základní vzdělání, v současné době registrován na úřadu práce

Sourozenci – **Josef** narozen v roce 1999, **Anita** narozena roku 1998, **Tomáš** narozen v roce 1996

Tato rodina je romské národnosti. Bydlí ve starém panelovém domě, v nevyhovujících podmínkách, zejména pro děti. Často neplatí včas poplatky za elektřinu, plyn nebo vodu, a tak se pravidelně stává, že zůstanou několik týdnů například bez vody. Výbušná povaha lidí této národnosti je všeobecně známa. V rodině jsou časté hádky, rvačky, potyčky, odchody na několik dní manžela z rodiny apod. Vztahy jsou zde opravdu komplikované.

Rodiče nejeví příliš velký zájem o své děti, tudíž zde dochází k zanedbávajícímu rodičovskému stylu ze strany obou rodičů. Děti chodí velmi nepravidelně do školy, ve špinavých věcech, s plesnivou svačinou apod. U dětí chybí především pravidelný režim a řád. Členové této rodiny byli již i několikrát stíháni policií České Republiky za drobné krádeže. Proto je tato rodina pod neustálým dohledem sociální pracovnice.

V roce 2000 se matce narodilo třetí dítě. Jelikož ale v době těhotenství požívala ve větších dávkách alkohol a nikotin, Honza se narodil s fetálním alkoholovým syndromem. Vzhledem k podmínkám, které panovaly v rodině, nebylo možné, aby se Honza z porodnice vrátil do tohoto nepříznivého prostředí. Proto bylo u něj nařízeno ústavní opatření. Nyní se Honza nachází v pěstounské péči. Náhradní rodina se snaží o příznivý a přirozený rozvoj Honzovi celé osobnosti. Především přechodem na druhý

stupeň se vyskytují u Honzy návaly agrese, neklid, provokování jak ve škole, tak i vůči svým pěstounům. Kořeny jeho pravé rodiny se asi nezapřou.

Osobní anamnéza

U Honzy byla nízká porodní váha, narodil se ve 35. týdnu, jeho porodní hmotnost byla 2340g. Byl výrazně neklidný, dráždivý, roztřesený. U Honzy byla diagnostikována porucha sluchového vnímání, trpí srdeční arytmií, poruchy jemné a hrubé motoriky, hyperaktivita, střídání nálad. V 1. třídě diagnostikovány specifické poruchy učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie. Na zadaný úkol se musí déle soustředit. Je vyhraněným levákem a má problémy a dělají mu problémy rukodělné činnosti.

Školní anamnéza

Chlapec navštěvoval běžnou mateřskou školu. Poté měl roční odklad na povinnou školní docházku. Bylo zvaženo, že bude lepší, když Honza bude docházet do základní školy praktické. Na prvním stupni Honza učivo zvládá, i když má diagnostikovány specifické poruchy učení – dyslexii, dysgrafii a dysortografii, nebyly u něho spatřeny žádné větší problémy. Honza se velmi snaží, aby se dorovnal ostatním. Jsou zde drobné nedostatky v jemné a hrubé motorice.

Ovšem s nástupem na druhý stupeň začínají u Honzy problémy v oblasti chování i prospívání. Je agresivní na své spolužáky, neustále je provokuje a popichuje. Jeho školní výsledky se také zhoršily, škola už ho nebaví jako dříve, odmítá se učit a dále se vzdělávat. Problémy se přemísťují také ke svým pěstounským rodičům. Neposlouchá je, odmlouvá a neustále opakuje, že se vrátí ke svým pravým rodičům. V jeho chování se začínají projevovat kořeny svých předků.

7.5 Kazuistika č. 5

ANNA, 14 let

Díky nadměrnému užívání alkoholu, nikotinu a drog během těhotenství, vyskytují se u Aničky příznaky abstinčního syndromu. Nyní se nachází v dětském domově.

Rodinná anamnéza

Anička – narozena v roce 1999, u které se objevily poporodní abstinční nikotinové a alkoholové příznaky. Kvůli nevhodné situaci, která v domácím prostředí panovala, se Anička nachází v dětském domově.

Matka - narozena v roce 1972, nevyučena, pouze Základní škola praktická, nyní pracuje jako uklízečka v obchodním centru.

Otec – narozen v roce 1968, vyučen elektrikářem, zemřel v roce 2007 na předávkování drogami

Sourozenci – *Jakub* narozen v roce 1995, *Eva* narozena v roce 1997, obě děti se nyní nachází v náhradní rodinné péči.

Disharmonický vývoj této rodiny. Matka i otec pijí ve velkém množství alkohol, cizí jim nejsou ani drogy. V roce 2007 otec tragicky umírá. Předávkoval se drogami. Od té doby matka hojně střídá své partnery, kteří mají stejnou zálibu v alkoholu a drogách a o své děti nejeví už žádný zájem. Jelikož děti postrádaly výchovu, péči a zabezpečení, což jim matka, díky svým závislostem nebyla schopna poskytnout, byly jí z tohoto důvodu odebrány.

V současné době se 2 děti nachází v náhradní rodinné péči a třetí Anička v dětském domově. Na stav v rodině byl upozorněn sociální odbor dětskou lékařkou. Matka zanedbávala od narození pravidelné kontroly a základní očkování dětí, vždy musela být několikrát upozorňována. Když děti dovedla na běžné prohlídky, byla matka vždy lékařkou upozorněna na hygienu svých dětí, která byla velmi špatná. Sociální pracovnice docházela do rodiny, vždy byl v bytě velký nepořádek, děti běhaly po bytě nahé, neumyté, hladové. Matka péči o své tři děti nezvládala. Po návštěvě sociální pracovnice se stav v domácnosti a péči o děti zlepšil, ale pouze na krátkou dobu. Po smrti manžela žena velmi často střídala své partnery, kteří se od ní nechávali finančně vydržovat. V bytě se pravidelně uskutečňovaly večírky a výtržnosti, které téměř vždy vedly k zásahu policie České Republiky.

Matka v době, kdy čekala své třetí dítě Annu, do poradny pro těhotné matky téměř vůbec nedocházela. Poprvé se tam objevila teprve v 5. měsíci. Žena byla pod vlivem drog. Tamní personál chtěl ženě poskytnout pomoc v podobě konzultací v protidrogové poradně, ale matka tuto formu pomoci razantně a s nařčením odmítla. Tvrdila, že si občas dá cigaretu a alkohol, ale teď, když je těhotná, všechny návykové látky omezila. Ovšem jak bylo poznat, žena lhala a nadále v požívání návykových látek pokračovala. Další návštěva poradny proběhla v 7. měsíci, kdy byla u dítěte diagnostikována vrozená vývojová vada. Bylo nutné ženu hospitalizovat, kvůli nenarozenému dítěti, ovšem žena tuto variantu opět razantně odmítá. Matka ve 33. týdnu se spontánně porodila.

Osobní anamnéza

Anička se narodila jako třetí dítě z rizikového těhotenství. Narodila se předčasně ve 33. týdnu, její porodní hmotnost byla 2489g a měřila 47cm. Porod byl komplikovaný, klešťový. Anička byla přidušena a ihned umístěna do inkubátoru. V 7. měsíci těhotenství byla u Aničky diagnostikována vrozená vývojová vada. Dva dny po porodu byly u dítěte známky srdečního selhávání, a proto byla Anička převezena do Fakultní nemocnice v Brně.

U dítěte byl raný psychomotorický vývoj lehce opožděn. První slova se objevila až kolem 3. roku. Narušena je také zraková percepce a vizuomotorická koordinace. Anička je emočně i sociálně značně deprimovaná, infaltní a je zde lehce zvýšená emoční přichylnost. Objevuje se také impulzivita, výrazná vztahová nevyběrnost a narušení pozornosti. Paměť je u Aničky velmi špatná, chybí logické myšlení, vážne analýza-syntéza. Při práci je sice pomalá, ale velmi pečlivá, klidná a soustředěná na daný úkol.

I přes zřejmou výchovnou zanedbanost si v dětském domově velmi rychle zvykla a začala se zapojovat do všech činností. Školní docházka byla u Aničky odložena o rok, poté následovala kontrola po roce v pedagogicko-psychologické poradně, kde bylo doporučeno zařazení do základní školy.

Školní anamnéza

Do mateřské školy docházela Anička pouze dva roky, nástup do školy jí byl dle její nevyspělosti o jeden rok odložen. V PPP bylo pro Aničku doporučeno vzdělávání dle Vzdělávacího programu zvláštní školy. Na prvním stupni měla Anička

dobrý prospěch. Je přizpůsobivá, nekonfliktní a kamarádká. Dobře spolupracuje s učiteli. U Aničky je značná nesamostatnost, je méně chápavá, pomalá a některé pokyny se jí musejí vícekrát opakovat. Má omezenou schopnost pracovního soustředění. Když má Anička dohled, pracuje velmi dobře, proto její práce vyžaduje kontrolu a vedení při všech činnostech. Pokud je pozornost věnována jinému žákovi, velmi rychle se přestává soustředit na svou práci. Proto musí být neustále pedagogem k práci povzbuzována. Pokud se jí nedaří, začne plakat.

V kolektivu dětí je oblíbená pro svou přátelskou povahu, ráda se zapojí do každé hry, i když pravidla her pochopí až za nějakou dobu. U déletrvajících činností nemá trpělivost. Na své osobní věci a školní pomůcky je opatrná. Je málo sebevědomá, v kolektivu dětí se nedokáže prosadit. Nikdy není žádnou vůdčí osobností, při hře stojí na okraji společenství dětí. Je ráda za každé ocenění, pochvalu a povzbuzení. Autoritu pedagogů respektuje, výchovné problémy s Aničkou nejsou. Na prvním stupni je prospěch Aničky dobrý, na druhém stupni průměrný.

7.6 Kazuistika č. 6

ADAM, 14 let

Jelikož se matka díky nadměrné konzumaci alkoholu přestala starat o rodinu, Adam se nyní nachází pěstounské péči u své sestry. Matka požívala během těhotenství značně alkohol, což způsobilo značné dopady na Adamovo zdraví.

Rodinná anamnéza

Adam – narozen v roce 1999, příznaky syndromu FAS. Nejprve svěřen do péče matky, ta ovšem péči přestala zvládat od Adamových 2. let, proto svěřen do pěstounské péče své sestry.

Matka – narozena v roce 1968, má vystudovanou pouze základní školu. Nyní je nezaměstnaná.

Otec – neznámý

Sestra- Veronika, narozena v roce 1986, *bratr Antonín* – narozen v roce 1981

Matka Adama se v roce 1980 vdala a narodil se jí první syn Antonín. V té době občas klientka nepohrdla sklenkou alkoholu, ovšem konzumované množství se postupně začalo stále zvyšovat. Vzhledem k tomu, že se problémy zvyšovaly, žena se přestala starat o rodinu i domácnost, manžel se s ní zanedlouho rozvedl. Problémy s alkoholem, které žena měla, byly již natolik zřejmé, že se nedaly přehlédnout ani v zaměstnání, a proto byla z práce propuštěna. Má pouze základní školu, není ničím vyučena, proto byl problém najít nové zaměstnání. Pokud si i později našla práci na pozici pomocné dělnice, opět byla kvůli alkoholu propuštěna. Ovšem najít si přítele pro ni problém nebyl, vždy měla nějakého přítele, který ji finančně podporoval.

S výchovou syna jí pomáhala matka. Z příležitostného vztahu se jí v r. 1986 mimo manželství narodila dcera, označený otec nechtěl uznat otcovství, a tak se přiznání otcovství táhlo delší dobu. V této době je již klientka na alkoholu závislá. V roce 1990 se opět provdala. S novým manželem žili ve společné domácnosti asi 4 měsíce, poté se její manžel odstěhoval a 10 let o něm neměla žádnou zprávu. Pozdější rozvod proběhl bez přítomnosti manželů. Žena stále neměla práci, proto byla odkázána na pobírání sociálních dávek, jelikož výživné od otců bylo placeno velmi nepravidelně.

V roce 1996 na doporučení sociální pracovnice, která do rodiny docházela, podstoupila žena protialkoholní léčbu, avšak po 6 týdnech léčení předčasně ukončila.

Alkoholu se nedokázala vzdát. I přes časté pití však dětem vždy navařila a vyprala. Nevládala ovšem pomoci dětem s přípravou do školy. Starší syn odešel z učebního oboru, studium nedokončil, dcera přešla do praktické školy, protože základní školu také nevládla. V té době již přicházely na úřad anonymní hlášky, že děti chodí po vesnici, aby si vyžebrały jídlo, jsou často samy doma, matka je opouští a když přijde v pozdních hodinách domů, je vždy opilá.

V roce 1998 žena opět otěhotněla. Její první návštěva na gynekologii byla až v pátém měsíci, a to jen na základě toho, že ji objednala sociální pracovnice. Během těhotenství bývala pravidelně opilá, dokonce byla několikrát viděna, že spadla přímo na břicho. Sociální pracovnice zjišťovala u gynekologa průběh těhotenství, ale ten vůbec nezpozoroval, že matka je pravidelnou konzumentkou alkoholu. Vzhledem k závažnosti situace byla z městského úřadu podána zpráva na oddělení sociálně právní ochrany dětí s tím, že se jedná o matku alkoholičku, která nebude moci sama pečovat o novorozence. Odloučení od syna matka velice těžce nesla a v listopadu 1999 podstoupila tříměsíční protialkoholickou léčbu. Pravidelnými kontrolami rodiny bylo zjištěno, že po absolvování léčby matka již vůbec nepožívá alkohol, bylo jí proto povoleno, aby syna v kojeneckém ústavu navštěvovala. Když už byl chlapec schopen pít z láhve, povolila primářka, aby si matka vzala syna domů na dvoudenní návštěvu. Za doprovodu sociální pracovnice jela matka pro syna. Matka péči o syna během víkendu zvládla a od té doby si jej brávala pravidelně 1x za 14 dnů domů. Po prošetření sociálních poměrů v rodině bylo doporučeno, aby syn od dvou let věku byl svěřen do péče matky. Biologický otec neměl o Adama zájem a otcovství přijal matčin nový přítel.

Matka dokázala necelých 10 let abstinovat, ale potom začala znovu pravidelně pít, takže péči o syna nevládla. Syn byl svěřen do pěstounské péče své sestry, kde je dodnes. Matka vzhledem k pravidelné konzumaci alkoholu klesla až na dno, byla nějakou dobu bezdomovec. Sociální pracovnice jí pomohla najít střechu nad hlavou, dnes bydlí na ubytovně, je nezaměstnaná, závislá na alkoholu a pobírá dávky pomoci v hmotné nouzi.

Osobní anamnéza

V březnu 1999 se ženě narodil syn Adam. Nadměrná konzumace alkoholu během těhotenství způsobila u syna fetální alkoholový syndrom. Při narození byla Adamova hmotnost 2560g a měřil 48cm. Až do 13 měsíců byl dokrmován uměle sondou. Několik dní po porodu byl syn převezen do Kojeneckého ústavu, který se

nachází v Kyjově. Adamův vývoj byl velmi opožděn. V 15 měsících nechodil a dokonce ani nesesedl. Značné omezení se projevovalo také v jemné a hrubé motorice, řečovém vývoji a prostorové orientaci.

Rodina byla pravidelně navštěvována sociální pracovníci a péče matky byla shledána dobrou. Syn se i přes mentální retardaci přiměřeně vyvíjel, matka se mu věnovala. Asi ve třech letech začal chodit, až po pátém roce věku mluvit.

Školní anamnéza

Na základě psychologických vyšetření měl odklad školní docházky a první třídu začal navštěvovat v 7 a půl letech. Školní docházka mu byla doporučena v praktické škole, kterou ještě stále navštěvuje. Chodí již do 7. třídy, prospěch má průměrný, z matematiky má vždy trojku, jinak v ostatních předmětech nemá výraznější problémy. Občas je nutné ho k práci ve škole motivovat. Stává se, že poměrně rychle ztratí zájem o danou aktivitu a nechce se k ní již vracet. Se spolužáky vychází bezproblémově.

8 DISKUSE

Alkohol, cigarety, drogy – je zřejmé, že právě tyto jedovaté látky jsou společným problémem žen, které byly uvedeny ve výše prezentovaných případových studiích. V důsledku toho, že si matky nedokázaly odpustit požívání alkoholu, drog či nikotinu během těhotenství, přišly na svět děti postižené syndromem FAS. Ovšem jak se můžeme přesvědčit, ne na všech dětech jsou dopady a následky užívání jedovatých látek stejné. Chtěla bych poukázat na to, že ne všechny děti jsou postiženy ve stejné míře. U některých jsou diagnostikovány závažné srdeční vady, objevuje se opožděnost v oblasti psychomotorického vývoje, nízká porodní váha, deformity obličeje a mnoho dalších komplikací, u jiných dětí jsou dopady alkoholu mírnějšího rázu. Projevují se např. poruchami učení, chování, nepozorností, drobnější postavou a jinými faktory. Ale jedno mají tyto děti s postižením společné. Díky nedůslednosti či nezodpovědnosti jejich matek, budou dopady a komplikace jejich dětí pronásledovat až do konce života. Myslím si ovšem, že děti uvedené v prezentovaných kazuistikách mají možnost se plně zapojit do společenského prostředí a žít plnohodnotný život. Důležité pro tyto děti je především stimulace, vhodné prostředí, ve kterém by mohly rozvíjet své dovednosti, schopnosti, potřeby. U dětí byly velmi časté emoční výkyvy a strádání, a tak by bylo žádoucí těmto dětem dopřát pocit bezpečí, lásky, jistoty. Díky nezodpovědnosti a neschopnosti biologických rodičů, zajistit dětem podnětné prostředí, byla většina dětí odebrána. Nyní se nachází převážně v pěstounské péči, a tak věřím, že „náhradní“ rodiče dětem tyto důležité složky, nezbytné k životu zcela jistě poskytnou.

V kazuistikách jsou uvedeny ženy, které rády holdovaly alkoholu již v době před otěhotněním. Musím ale také poukázat na skutečnost, že téměř všechny ženy, které byly v kazuistikách zmíněny, pocházely z nižšího sociálního prostředí. Většinou mají pouze základní vzdělání nebo výuční list; jsou bez práce; mají přítele, který si také rád vypije; bydlí v nevyhovujících podmínkách, nemají často na nájem, jídlo; elektřinu; setkávají se s nebezpečnými skupinami lidí. To je jen krátký výčet toho, jaký je jejich způsob života a do jakých podmínek se má jejich dítě narodit.

Matky často slibují, že po porodu budou již abstinovat a o své dítě se dokáží postarat, ale většina z nich těchto slibů nedostojí. Nejsou bohužel schopny přiznat svůj závažný problém, ať už s alkoholem či drogami. Jsou závislé a samy mnohdy tento proces nedokáží ukončit. V této situaci se stávají slabými jedinci bez pevné vůle. Proto je velmi důležité okolí, ve kterém se žena nachází. Oporou by jí v této tíživé situaci měl

být především přítel, manžel, partner. Klientky, se kterými jsem rozhovory vedla, mi bohužel samy přiznaly, že jejich partneři, alkoholu holdují také a ve většině případů je k závislosti přivedli právě oni. Proto je velmi důležité odborná pomoc, která je ženám ihned po porodu nabídnuta. Ženy, které této nabídce využijí a chtějí opravdu změnit svůj dosavadní způsob života, ty obdivuji a věřím, že za pomoci odborníků se jim problémy s alkoholem nebo drogami podaří zvládnout. Ovšem matky, které o tuto odbornou pomoc nemají zájem, asi nepochopím.

Při rozhovorech s matkami mě zajímalo, zda se u nich objevuje pocit viny za to, jak byly během těhotenství nedůsledné a nezodpovědné, vzhledem ke zdraví svého dítěte. Byla jsem překvapena, že pouze 1/3 klientek si postižení svého dítěte kladla za vinu, ovšem zbytku žen tato skutečnost byla naprosto jedno a neuvědomovaly si závažnost svého špatného počínání během těhotenství. Pro tyto matky není nejdůležitější prioritou blaho svého dítěte, poukazují na to i skutečnosti, že většině těchto žen byly děti odebrány. Často mají děti více, ovšem vzhledem k tomu, že se o ně nedokážou postarat, zajistit jim základní biologické, psychologické a sociální potřeby, ani jedno ze svých dětí ve své péči nemají. Jejich děti se tak nachází nejčastěji v náhradní rodinné péči nebo v dětském domově.

Během zpracování diplomové práce jsem si uvědomila, jak důležitým prvkem v předcházení důsledků vývoje dětí s FAS, je nezbytná informovanost veřejnosti o následcích konzumace alkoholu, drog a nikotinu na plod během těhotenství. Vhodným řešením této situace se jeví větší propagace v gynekologických ordinacích, zejména pro budoucí matky, které žijí na ulici a gynekologickou poradnu třeba nenavštěvují, dále také v médiích, či billboardech,. Klientky se mi během rozhovorů samy přiznaly, že o syndromu FAS nikdy neslyšely a v podstatě netušily, jak závažné důsledky pro dítě tento syndrom může mít. Záleží už na každém z nás, jak se informuje o možných rizicích, které nás během těhotenství mohou postihnout. Pro dívky, které budou jistě v budoucnosti chtít být samy matkami, je dobré, aby se informace, týkající se tohoto syndromu, staly součástí vzdělávacích osnov, v rámci výchovy ke zdraví, společenských věd, občanské nauky nebo biologie.

Domnívám se, že se fetálnímu alkoholovému syndromu dá předejít, záleží už jen na nás, jak se budeme během těhotenství chovat k našemu nenarozenému dítěti. Jak se říká již po mnoho let: „Nejdůležitější je zdraví, to si člověk nekoupí“. A co víc si budoucí matka může přát, než to, aby její dítě bylo zdravé.

ZÁVĚR

Tato práce seznamuje s problematikou vztahující se k syndromu FAS. Dále přináší pohled na negativní dopady u dětí postižených tímto syndromem v oblasti fyzické, psychické i sociální.

Cílem bylo získání teoretických i praktických informací, na jejichž základě bylo přiblížení a vykreslení konkrétní podoby a dopadů tohoto syndromu.

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretickou a praktickou. Teoretickou část jsme zpracovali na základě shromážděných informací, které pocházely z odborné literatury a dalších zdrojů. Praktická část byla provedena pomocí rozhovorů s konkrétními matkami, jejichž škodlivé užívání mělo negativní dopady na jejich děti, jež byly syndromem FAS postihnuty. Zejména budoucí matky by si měly uvědomit, jak důležitá je během těhotenství zdravá životospráva. Obecně můžeme konstatovat, že jakákoliv závislost, nepřináší člověku nic pozitivního. Vždy se jedná o destruktivní činitel, se kterým se jedinec musí určitým způsobem vyrovnat. Z případových studií zjistíme, že se tento syndrom na dětech promítl jak z pohledu fyzického, tak i psychického. A díky nedbalosti, nezodpovědnosti, sobeckosti či neinformovanosti matek, si důsledky tohoto syndromu jejich děti ponесou až do konce života.

Diplomová práce splnila stanovený cíl. Podařilo se podložit získaná teoretická fakta konkrétními případy. Většina dětí byla rodičům v důsledku závislosti a neschopnosti se o děti postarat, odebrána do dětských domovů či pěstounské péče. Rozhovory s matkami se uskutečňovaly na základě předem smluvených schůzek, které probíhaly na oddělení sociální péče. Nadměrné užívání návykových látek během těhotenství se téměř vždy podepíše na zdraví dítěte. Z kasuistik jsme se mohli přesvědčit, že dopady užívání návykových látek nejsou u všech dětí stejné. Míra postižení je u dětí různorodá, ovšem společným cílem u všech je včasná péče.

Zdravá životospráva, prevence, větší informovanost a hodnotný život. Na pohled jednoduchá slova, ovšem mající velkou důležitost pro budoucí životy a zdraví našich dětí. Asi ještě hodně dlouhou dobu potrvá, než si naše společnost uvědomí, jakou hrozbu pro nás skýtá užívání návykových látek. Alkohol, cigarety, drogy a těhotenství – pojmy, jež by spolu neměly mít nic společného. Ovšem právě první tři zmiňované neuhy jsou příčinou vzniku fetálního alkoholového syndromu u dětí.

SEZNAM LITERATURY

AHLSTROM S. et al.: Gender differences in drinking patterns in nine European countries: Descriptive findings. *Subst. Abus.* 2001; 22(1):69-85.

American Academy of Pediatrics, 2000) (American Academy of Pediatrics: Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics*, 106, 2000, 2, s. 358-361.)

BRÁZDOVÁ, Zuzana. *Výživa těhotných a kojících žen: rukověť*. Vyd. 1. Brno: Vladimír Smrčka, 1999. 27 s. ISBN 80-901427-3-7.

CRHA I., HRUBÁ D. *Kouření a reprodukce*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 2000. ISBN 80-210-2284-1.

CSÉMY, L. a kol., *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*, Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 121 s. ISBN: 80-86-734-94-3.

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.

DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matek a novorozencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v rámci realizace výzkumného záměru číslo MSM 121100001 „Výzkum právního povědomí o pojetí práva u českých dětí školního věku“. 2000. ISBN-80-7040-407-8.

DROBNÁ, H., CHOVANCOVÁ, D., URBANOVÁ, T., BELAN. V.: *Patologické zmeny CNS u novorozencov matek závislých od heroínu. Alkoholizmus a drogové závislosti* 34, 1999, 1, s. 18)

DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

- FROUZOVÁ, M.: *Ženy a drogy, Alkoholizmus a drogové závislosti*, Praha, 1996, s. 271
- GANERI, A. *Drogy. Od extáze k agónii*. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80- 86299-70-8.
- GOSSOP, M. (2006). *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. London: National Treatment Agency.
- GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144s. ISBN 80-7202-950-9.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HÁJEK, Z., et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
- HELLER, J. *Závislost známá neznámá*. 1. vydání. Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá - neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum – Základní teorie metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 182 s. ISBN 80-7169-624-2.
- HUTTOVÁ, M., DROBNÁ, H., JURKOVIČOVÁ, J., PAVELKOVÁ, M., CHOVANCOVÁ, D., HARTMANOVÁ, I.: *Následky závislosti tehotných žien od alkoholu a drog pre plod a novorodenca. Alkoholizmus a drogové závislosti 34, 2/1999, s. 75.*

CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 198 s. Skripta. ISBN 80-244-0765-5.

JANÍK, A., DUŠEK, K., *Drogy a společnost*. Praha : Avicenum, 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.

JELLINEK, E. M., *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press, 1960. ISBN-.

JONES, KL, & Smith, DW (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* , 2 , 999–1001

KALINA K, a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KASTNEROVÁ, Markéta et al. *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 58 s., [3] s. obr. příl. ISBN 80-7040-924-X.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 223 – 2.

KOTULAN, J. a kol. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Brno: Copyright, 1999, 258 s., ISBN 80-210-2179-9.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRULEWITCH, C. J.: Alcohol consumption during pregnancy. *Annu. Rev. Nurs. Res.* 2005. Vol. 23, s. 101-134.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-551-2

KUBÁNEK, V. , POLÍVKA, L. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M. Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi nekuřačkami a kuřačkami. *Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava, 1999. ISSN 0862-0350, vol. 34, no. 4, s. 193-202.

KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol., *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985. 240 s. ISBN – 08-091-85.

LANGER, S.: *Modely pro psychologickou diagnostiku a výchovu žáků*. 2. přeprac. vyd. Praha: SPN, 1987.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, 2004. 993 s. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7.

MAREŠOVÁ, Alena, SOCHŮREK, Jan a VÁLKOVÁ, Jana. *Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2000. 122 s. Studie. ISBN 80-86008-84-3.

MARIANI K., MaARTINOVEC, M.: *Alkoholismus u žien, Alkoholismus a drogové závislosti*, 35, 3/2000.

McNAMARA, T. K. et al.: Social support and prenatal alcohol use. *J. Womens Health (Larchmt)*. 2006. Vol. 15, s. 70-76.

MEČÍŘ J., *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*, Praha: Avicenum, 1989. 156 s. ISBN – 08-005-90.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování.
Praha: Psychiatrické centrum, 1992.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Vyd. 1.
Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* Praha:
Triton. 2007

MRAVČÍK, V., NECHANSKÁ, B., ŠŤASTNÁ, L. Lůžková péče o uživatele a závislé
na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od roku 1959. *Epidemiologie,
mikrobiologie a imunologie*, 60(1), 21-31. 2011.

MUHLPACHER, P.; *Sociopatologie.* Brno : Masarykova univerzita, 2008. 194s.
ISBN 978-80-210-4550-7.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie.* 1. vyd. Praha: Academia, 1997.
ISBN 80-200-0625-7.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými
látkami na základních a středních školách.* 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s.
ISBN -.

NEŠPOR, K. a CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti.* 4. vyd. Praha: Sportpropag,
1997. 128 s. ISBN -.

NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Problémy s návykovými
látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence.* Praha: Sportpropag a. s., 1998.
ISBN-.

NEŠPOR, K., *Jak překonat problémy s alkoholem.* Praha: Sportpropag pro Ministerstvo
zdravotnictví ČR, 1999. 2. rozšířené vydání.

- NEŠPOR, K.: „Průchozí“ drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1.
- NEŠPOR, Karel; PERNICOVÁ, Hana; CSÉMY, Ladislav. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999. 120 s. ISBN 80 – 7178 – 299 – 8.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. revidované vydání. Praha: Sportpropag, 2003. 104 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K., *Jak překonat problémy s alkoholem – 4. vydání*. Praha: Sportpropag, 2004. 127 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 4. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NOVOTNÝ, J.S. ; Změny kognitivních, emočních, motorických a sociálních procesů u jedinců s FASD. *Journal of FASD*, 2007, 1 (1). ISBN 1802 – 5250.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
- PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 452 s. ISBN 80-7262-411-3.
- PATTON, M. *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage. 1990.
- PETERSON-FALZONE, S. J., HARDIN-JONES, M. A., KARNELL, M. P.: *Cleft Palate Speech*. 4. vyd. Saint Louis: Mosby, 2009. ISBN 978-0-323-04882-8.
- PIPEKOVÁ, J. a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN: 80-85931-65-6.

- PLEVOVÁ, I.: *Kapitoly z obecné psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0963-1.
- POKORNÁ, D., VARGOVÁ, B., TOUFAROVÁ, M. *Partnerské násilí*. Praha: Linde, 2008. 159 s. ISBN 978-80-86131-76-4.
- POKORNÝ, V. a kol., *Patologické závislosti*. Brno: Prevence SPJ, 2000. 96 s. ISBN 80-238-6539-4.
- POKORNÝ, V. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04
- PRESL, J. *Drogová závislost*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 87 s. ISBN 80-85800-18-7.
- PRESL, J., *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- PRESLOVÁ, I. *Závislé matky s dětmi*. In *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. KALINA, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- PRESLOVÁ, Ilona, HANKOVÁ, Olga, ed. a ČAVOJSKÁ, Katarína, ed. *Sexualita & drogy: sborník odborné konference: Praha 31. března - 1. dubna 2011*. Praha: Sananim, 2011. 127 s. ISBN 978-80-904536-2-3.
- PRŮCHA, Jan a Eva POLIAKOVÁ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2001, 322 s. ISBN 80-717-8579-2.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-142-3.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

- ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994. 77 s. ISBN 80-7067-359-1.
- SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 208 s. ISBN 08-045-88.
- SOCHŮREK, Jan. *Úvod do sociální patologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.
- SOVÁK, Miloš a Michal MIOVSKÝ. *Defektologický slovník*. 3. uprav. vydání. Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili : Tomáš Edelsberger ... [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.
- STOPPARDOVA, M. *Těhotenství od početí k porodu*. Praha: Fragment, 2007. 370 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. *Pít či nepít?: Pití vína a srdeční infarkt*. 1. vyd. Praha: Radix, 2004, 67 s. ISBN 80-860- 3146-2.
- ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H., *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, nakladatelství a distribuce knih, 1988. 160s. ISBN 28-049-88.
- ŠTÁBLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. Praha: Policejní akademie ČR, 1994. ISBN 80-85981-64-5.
- ŠTÁBLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. Praha: Policejní akademie ČR, 1997. ISBN 80-85981-64-5.

TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty – fakta – rady*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.

URBAN, Eduard. *Toxikománie*. Vyd. 1. Praha, 1973.

ÚTRATA, R., *Repetitorium forenzní alkoholologie*. Praha – Bohnice, svazek č. 72, 1986, ISBN-.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VAVRUŠKOVÁ, L., BÁLENTOVÁ, E., KONÍKOVÁ, M.: *Gravidné závislé od heroínu. Alkoholizmus a drogové závislosti*, 33, 2/1998.

VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T., *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.

VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

VOBOŘIL, J. *GENDER – ženy jako specifická skupina*. In *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. KALINA, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

VOKURKA, M., HUGO, A. a kol.: *Velký lékařský slovník*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 8073450585.

VODIČKOVÁ, M. *Nebezpečí zvané droga*. 1.vyd. Brno: Centrum primární protidrogové prevence při Odboru sociální péče Magistrátu města Brna, 1999. 15 s. ISBN -.

WALDMANN 1971 in MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.

WOITITZOVÁ, G. J. Dospělé děti alkoholiků. Praha : Columbus, 1998. ISBN 80-85928-73-6.

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup.* KALINA, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách.* Ostrava: Ostravská univerzita – Filozofická fakulta, 2004. ISBN80-7042-689-6.

ZÁKONY

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 130

INTERNETOVÉ ZDROJE

Informace o drogách [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupný na World Wide Web: <www.odrogach.cz/drogy1/informace-o-drogach1>

Drogově závislé matky [online]. [cit. 2012-11-23]. Dostupný na World Wide Web: <www.mvcr.cz/clanek/z-jednani-rvppk-jejich-charakteristika-a-jejich-deti.aspx>

metadonove-substituce [online]. [cit. 2013-01-17]. Dostupný na World Wide Web: <www.dropin.cz/index.php/centrum-metadonove-substituce>

alkohol-v-tehotenstvi [online]. [cit. 2013-01-08]. Dostupný na World Wide Web:

<www.alkohol-alkoholismus.cz/alkoholove-deti-obeti-nezodpovednych-matek-ktere-casto-konci-s-mentalnim-postizenim>

Seznam zkratek

ARND - Alcohol-related neurodevelopmental disorder, kombinace poruch, které se projevují především v psychické oblasti

ARBD - Alcohol-related birth defects, používá se jen v případech narušení tělesného vývoje plodu

FAE - Fetal alcohol effects, znaky většinou nejsou na první pohled viditelné, objevují se pouze některé znaky, nedochází k mentálnímu postižení

FAS - Fetální alkoholový syndrom

FASD - Fetal Alcohol Spectrum Disorder

HIV - Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti

LSD - Diethylamid kyseliny lysergové

NAS – Neonatální abstinční syndrom

PFAS – Partial FAS, kategorie, do níž se řadí kombinace poruch, které nesplňují všechna kritéria pro FAS a nelze je přitom zařadit do žádné z ostatních kategorií

IOM - Institute of Medicine

4DDC - The 4 - Digit Diagnostic Code

Seznam příloh

Příloha č. 1 – účinky při užívání a vysazení drogy

Příloha č. 2 – dotazník pro těhotné ženy týkající se jejich konzumace alkoholu, léků a drog

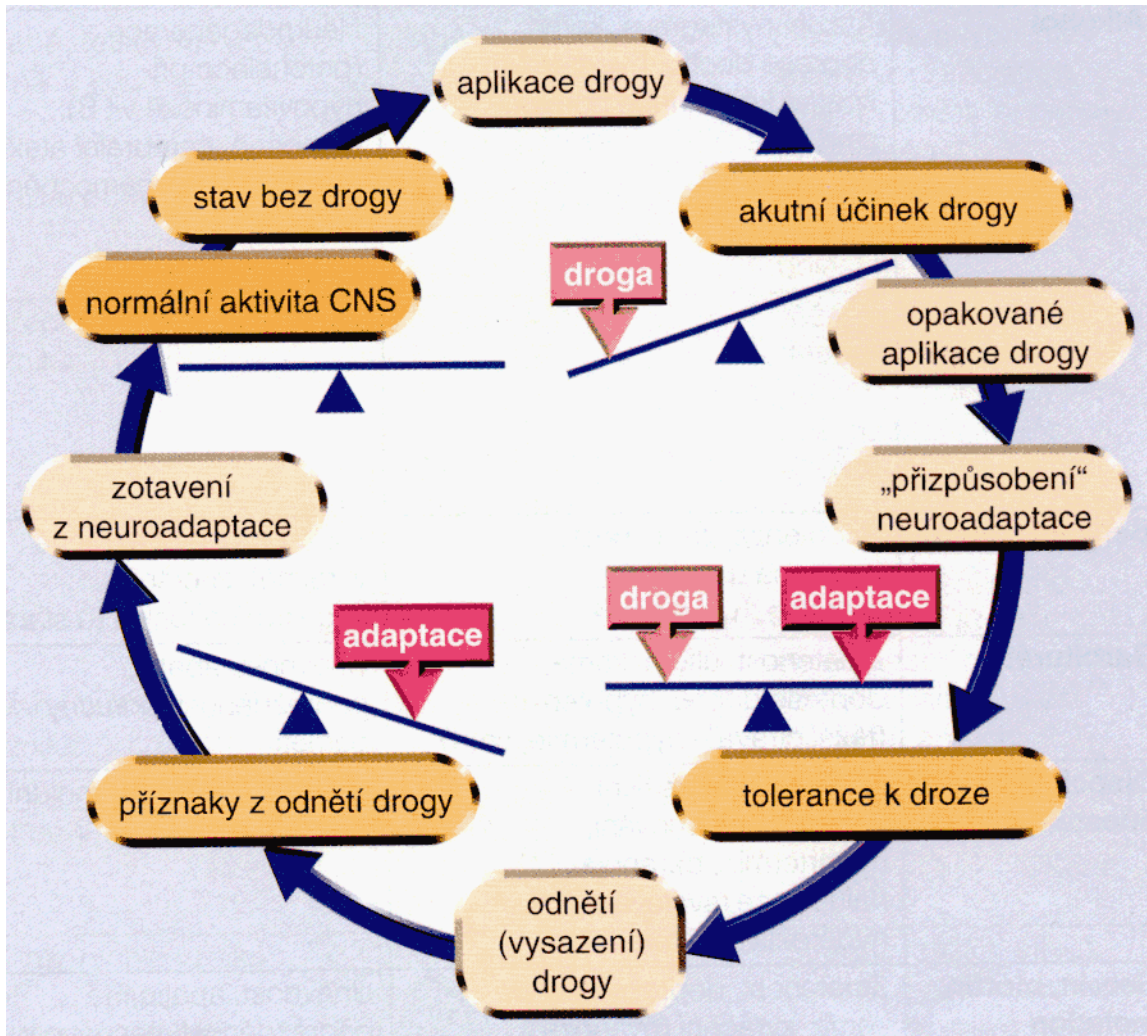
Příloha č. 3 – doporučený postup při léčbě závislosti

Příloha č. 4 – děti se syndromem FAS

Příloha č. 5 – typické znaky syndromu FAS

Příloha č. 1

Účinky při užívání a vysazení drogy



Příloha č. 2

Dotazník pro těhotné ženy týkající se jejich konzumace alkoholu, léků a drog

Rodné číslo:

Datum:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Jméno, adresa a tel. číslo lékaře:

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE KONZUMACE ALKOHOLU

Pivo

Kolikrát jste minulý týden pila pivo?

Kolik piva celkem jste vypila minulý týden?

Pila jste před těhotenstvím více piva?

Víno

Kolikrát jste minulý týden pila víno?

Kolik skleniček vína jste vypila minulý týden?

Pila jste před těhotenstvím více vína?

Tvrký alkohol

Kolikrát jste minulý týden pila tvrdý alkohol? (např. whisky, gin, koňak, vodka, rum)

Kolik skleniček tvrdého alkoholu jste vypila minulý týden?

Pila jste před těhotenstvím více tvrdého alkoholu?

Změnil se během těhotenství Váš způsob pití alkoholu?

Změnil se poslední rok před těhotenstvím Váš způsob pití alkoholu?

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE UŽÍVÁNÍ LÉKŮ A DROG

Kouříte hašiš?

Kouřila jste hašiš před těhotenstvím?

Užíváte léky působící na centrální nervovou soustavu před těhotenstvím?

Užíváte narkotika (heroin, morfin, Ketogan)?

Užívala jste narkotika před těhotenstvím?

Užíváte amfetamin (speed)?

Užívala jste amfetamin před těhotenstvím?

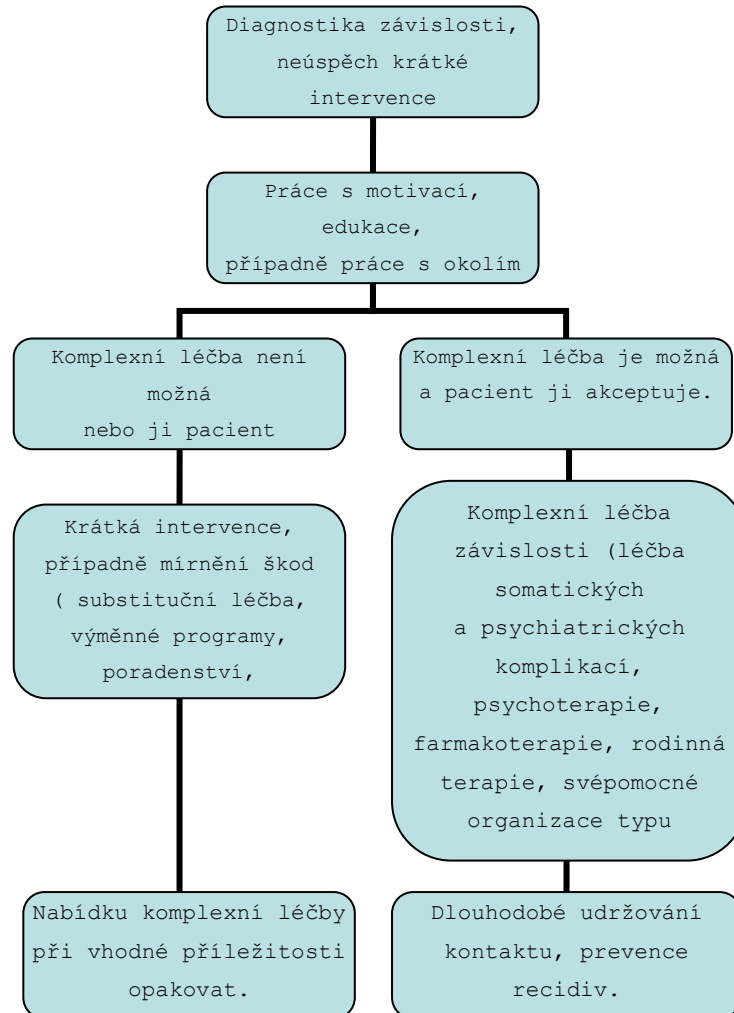
Užíváte kokain?

Užívala jste kokain před těhotenstvím?

Kolik kouříte denně cigaret?

Příloha č. 3

Doporučený postup při léčbě závislosti



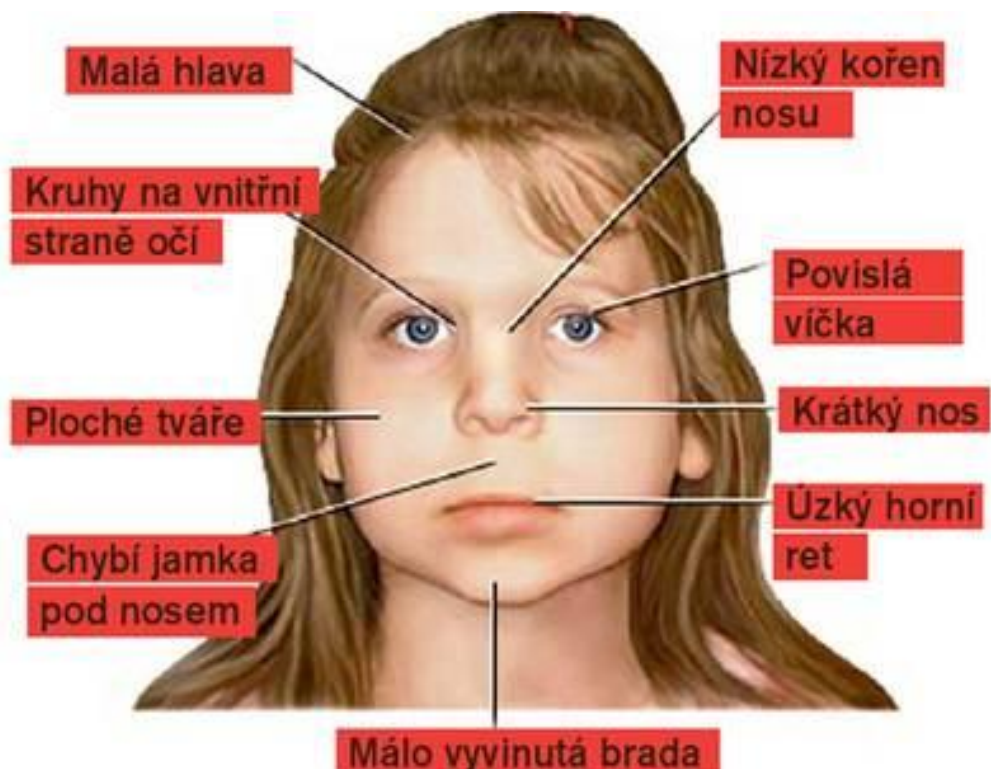
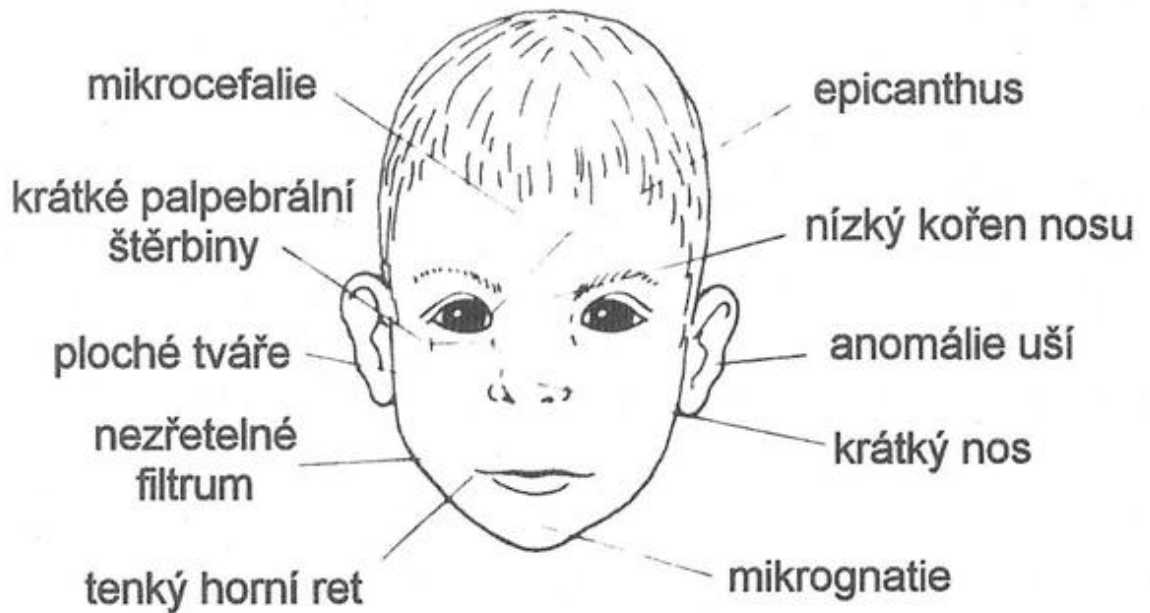
Příloha č. 4

Děti se syndromem FAS



Příloha č. 5

Typické znaky syndromu FAS



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Valeriánová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Iveta Tichá
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Návykové látky během těhotenství – Syndrom FAS
Název v angličtině:	Addictive drugs during pregnancy – Syndrome FAS
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává souhrnně o syndromu FAS, jeho projevech a následcích. Práce je tvořena z pěti teoretických kapitol. V praktické části jsme se zabývali pozorováním a rozhovory s matkami, jež požívaly alkohol během těhotenství. Z rozhovorů jsme poté sestavili podrobné kazuistiky.
Klíčová slova:	Závislost, prevence, drogy, alkohol, syndrom FAS
Anotace v angličtině:	This thesis deals with a combined syndrome, FAS, its manifestations and consequences. The thesis is composed of five theoretical chapters. In the practical part we dealt with observation and interviews with mothers who enjoyed alcohol during pregnancy. The interviews were then compiled a detailed case histories.
Klíčová slova v angličtině:	Dependence, prevention, drugs, alcohol, syndrome FAS
Přílohy vázané v práci:	5
Rozsah práce:	91
Jazyk práce:	český