

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Martina Žilková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence



Martina Žilková

Návykové látky v těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2014

Název práce v ČJ: Návykové látky v těhotenství

Název práce v AJ: Addictive drugs in pregnancy

Datum zadání: 2013 – 01 - 31

Datum odevzdání: 2014 – 05 - 07

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Martina Žilková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Smyslem bakalářské práce bylo vytvořit přehledovou studii na téma „Návykové látky v těhotenství“. Zaměřila jsem se na alkohol a kouření. Cílem bylo zjistit vliv alkoholu a kouření na těhotenství, plod a novorozence. Dále popisují novorozenecký abstinenci syndromem u matek užívající návykové látky v těhotenství.

Abstrakt v AJ: The purpose of the bachelor thesis was to create a summary of „Addictive drugs in pregnancy“. I focused on alcohol and smoking. The aim was to determine the influence of alcohol and smoking on pregnancy, fetus and newborn. Additionally describe neonatal abstinence syndrome in mothers taking drugs during pregnancy.

Klíčová slova v ČJ: těhotenství, návykové látky, plod, novorozenec, alkohol, kouření, novorozenecký abstinenci syndrom

Klíčová slova v AJ: pregnancy, addictive substances, fetus, newborn, alcohol, smoking, new-born abstinence syndrom

Rozsah: 56 stran

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a v seznamu uvedla všechny použité bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 7. 5. 2014

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedené bakalářské práce, ochotu, trpělivost, připomínky a cenné rady při psaní bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Návykové látky v těhotenství.....	10
2 Alkohol v těhotenství.....	12
2.1 Alkohol.....	12
2.2 Alkohol a těhotenství.....	13
2.3 Účinky alkoholu na plod.....	18
2.4 Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD).....	22
2.4.1 Fetální alkoholový syndrom (FAS).....	25
2.4.2 Fetal alcoholic effect (FAE).....	27
2.4.3 Alcohol related neurodevelopmental disorder (ARND).....	28
2.4.4 Alcohol related birth defects (ARBD).....	28
2.5 Léčba alkoholizmu u gravidních žen.....	28
2.6 Alkohol a neplodnost.....	29
2.7 Alkohol a laktace.....	30
3 Nikotin.....	31
3.1 Aktivní kouření v těhotenství.....	31
3.2 Pasivní kouření v těhotenství.....	33
3.3 Účinky nikotinu na plod.....	34
3.4 Kouření a zdraví dětí.....	36
3.5 Nikotin a neplodnost.....	37
3.6 Kouření a ostatní účinky na reprodukční zdraví žen.....	39
3.7 Kouření a laktace.....	40
3.8 Zanechání kouření v těhotenství.....	41
4 Novorozenecký abstinční syndrom (NAS).....	43
Závěr.....	45
Použitá literatura.....	47
Seznam příloh.....	51

ÚVOD

Podle autorů Nechanské, Mravčíka a Sopka má na průběh těhotenství, zdravotní stav novorozence, zdravotní problémy rodičky a zdravotní péči po porodu kromě kvality poskytované prenatální, perinatální a postnatální péče vliv mnoho biologických a socioekonomických faktorů na straně těhotné ženy a rodičky. (Nechanská B., Mravčík V., Sopko B., str. 458, 2012)

Lamy a Thibaut uvádějí, že celosvětově 20 až 30 % žen v těhotenství kouří, 15 % pije alkohol, 3 až 10% zneužívá konopí, Podle citovaných autorů je zjistit rozšířenost zneužívání ilegálních drog obtížnější než u drog legálních. (Lamy, Thibaut, 2010, s. 33-38)

V letech 2000 až 2009 bylo nahlášeno 1 008 821 rodiček, z toho u 60 502 bylo evidováno kouření, u 1528 užívání alkoholu a u 1836 užívání dalších (nelegálních) drog. Celkem bylo hlášeno 1 027 200 novorozenců. Podle studie byl průměrný věk rodiček užívajících návykové látky o 0,5 až 3 roky nižší ve srovnání s ženami, které v době těhotenství návykové látky neužívali. 2/3 uživatelék návykových látek v těchto letech nebyly vdané ani nežily v trvalém partnerském vztahu a více než 82 % těchto rodiček mělo nižší vzdělání. (Nechanská, Mravčík, Sopko, 2012, s. 458)

Autoři článku uvádí, že z hlediska regionálního výskytu byl nejvyšší podíl užívání jakékoli návykové látky evidován u rodiček z Ústeckého, Karlovarského a Moravskoslezského kraje. Tento výskyt částečně odráží užívání návykových látek mezi rodičkami v České republice. Ukazuje na regionální odlišnost v hlášení užívání návykových látek mezi rodičkami. Mnoho těhotných žen užívání návykových látek v České republice podceňuje.

V Praze je hlášeno asi 30 %, v Ústeckém kraji kolem 13 % z celkového počtu problémových uživatelů drog. Hlášení se v souboru týká především užívání alkoholu a nelegálních drog, to je hlášeno u 0,15 % rodiček, také se týká údajů o kouření rodiček, které bylo v souboru evidováno u 6 % rodiček. (Nechanská, Mravčík, Sopko, 2012, s. 465)

Australská studie z roku 2008, která se zabývala rodičkami ve dvou veřejných nemocnicích, uvádí jako nejčastější kouření 18,5 %, dále alkohol 11,8 % a produkty konopí 4,5 %, ostatní nelegální drogy uvádí minimálně. Mladší ženy častěji uváděly kouření a marihuanu. (Hotham, Ali, White, Robinson, 2008, s. 248-254)

Gyarmanty, Giraudon, Hedrich et al uvádí, že celosvětově 20 až 30 % žen v těhotenství kouří, 15 % pije alkohol a 3 až 10 % užívá konopí. Pokud jde o nelegální drogy, je zjišťování užívání není jednoduché. (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, et al., 2009, s. 33-36)

Francouzská dotazníková studie uvádí míru užívání psychotropních látek (především hypnotik, antidepresiv a sedativ) v posledním měsíci gravidity 3,7 % a marihuany 2,4 %. Stejná práce uvádí, že 16,3 % žen kouřilo před těhotenstvím a 10,2 % žen pokračovalo v kouření v těhotenství, 25,3 % žen užilo alkohol v průběhu těhotenství a 4,5 % žen uvedlo užití kombinace alkoholu a kouření v průběhu gravidity. (Dumas, Lejeune, Colder, et al., 2008, s. 770-778)

Dle autorů Vavřínkové a Bindera je užívání drog staré jako lidstvo samo. Např. vlastnosti makové šťávy byly známy na území starodávné Mezopotámie už v době neolitu (8000 až 5000 let př. n. l.). Ve starém Egyptě (14. století př. n.l.) se mák pěstoval na větších plochách a byl z něj vyráběný božský lék proti bolesti – opium.

Drogy byly z počátku užívány jako léčivé, později jako opojné prostředky. Naši předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog s úctou a respektem. S dobou velkých objevů v 19. století, s rozvojem farmaceutického průmyslu a výzkumu došlo k rozšíření drog, zejména v Evropě a Severní Americe. V 19. století byl rozšířen morfin (1805), kofein (1820), nikotin (1828), atropin (1833), kokain (1859) a další. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 11-13)

Práce se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole je popisováno co je to drogová závislost a návykové látky. Druhá kapitola pojednává o konzumaci alkoholu v těhotenství. V třetí kapitole se zabívám nikotinem v těhotenství. Ve čtvrté kapitole se píše o Novorozeneckém abstinenčním syndromu. V první kapitole definuji drogovou závislost, návykové látky a dělím drogy na legální a nelegální. Druhá kapitola se skládá ze sedmi částí, kde je popisováno, vliv alkoholu na plod, onemocnění, které způsobuje alkohol, léčbu alkoholismu v těhotenství, zmiňuji se o plodnosti a laktaci

u žen, které konzumují alkohol. V třetí kapitole se zabývám kouřením v těhotenství. Tato část se skládá z několika podkapitol. Pozornost je věnována především aktivnímu a pasivnímu kouření, dále vlivu nikotinu na plod a zdraví dětí v pozdějším věku, jak působí nikotin na reprodukční zdraví ženy, na plodnost, laktaci a zanechání kouření v těhotenství. Poslední čtvrtá kapitola se zabývá Novorozeneckým abstinčním syndromem.

ZÁKLADNÍ LITERATURA

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo. Intenzivní péče o novorozence. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdrav. oborů v Brně. 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.

ROZTOČIL, Aleš a kol. Porodnictví. 2001. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno. 2001. ISBN 80-7013-339-2

VAVŘINKOVÁ, Blanka, BINDER, Tomáš. 2006. Návykové látky v těhotenství. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.

CÍLE

1. Zjistit vliv alkoholu na těhotenství, plod a novorozence
2. Zjistit vliv alkoholu na těhotenství, plod a novorozence
3. Zjistit informace o Novorozeneckém abstinčním syndromu

Pro studii jsem použila doporučené publikace, rešerše článků z časopisů a internetové zdroje. Celkem jsem použila jednu publikaci, vyhledala jsem 36 článků v českém jazyce, 18 článků v cizím jazyce a 6 článků z internetového zdroje. Z toho bylo využito 23 článků v českém jazyce, 15 článků v cizím jazyce, převážně v anglickém a 3 články z internetového zdroje. Zbytek článků nebylo v mé práci využito z důvodu nepotřebných, opakujících se informací nebo neuvedeného autora.

Použitá literatura byla z období 1998 až 2012. Využila jsem vyhledávače Anopress, Kramerius, Medvik a literaturu vypůjčenou v knihovně.

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST A NÁVYKOVÉ LÁTKY

Dle Vavřinkové a Bindera je *drogová závislost* psychický fenomén, který je charakterizovaný neodolatelným nutkám k nějakému chování, přáním změnit prožívání reality. Dochází k tendenci zvyšování dávek a k neschopnosti omezit dané chování. Při vynechání drogy dochází k nepříjemným pocitům. (abstinence). Autoři dále uvádějí, že SZO definuje drogovou závislost jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi. Tyto reakce zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její účinky. Dále droga je užívána z důvodu, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu. Drogová závislost je řazena mezi chronická onemocnění CNS. Dále je drogová závislost považována za onemocnění, která je možno diagnostikovat, je třeba je léčit a kterým je možno předcházet. „Drogy“ jsou látky, jejichž užití je spojeno s rizikem vzniku závislosti, kdy dochází k potřebě opakovaného nutkavého užívání. (Vavřinková, Binder, 2006 s. 13-14)

Autoři článku Sandrová, Samková, Holejšovský uvádí, že drogy mají vedlejší účinky, jako např. závislost, návyk, psychická nerovnováha, fyzická degenerace nebo dokonce smrt. Takovou drogou je alkohol – etanol – C_2H_5OH – malá a jednoduchá molekula, vznikající kvašením cukrů. Patří mezi psychotropní látky a jeho konzumace v podobě alkoholických nápojů je jedním z největších problémů spojených s užíváním toxických látek, problémem větším než užívání ostatních drog. Alkohol je droga plná rozporů. V jedné chvíli vyvolává pocity lásky, ale ta se snadno může změnit v agresivitu a zuřivost. (Sandorová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 359)

Vavřinková a Binder uvádí, že od počátku 20. století dochází k rozdělení drog na legální a nelegální. Výroba nelegálních drog je zakázána a trestána. Postupně v tomto období dochází k růstu ilegálních překupnických mezinárodních organizací. Závislost na omamných látkách včetně alkoholu a nikotinu začínají být posuzovány jako chronická onemocnění CNS. Stále výraznější je snaha o léčení a prevenci závislostí. Přesto se ve světě zvyšuje počet lidí závislých na drogách, navíc se rozšiřuje spektrum užívaných drog. (Vavřinková, Binder, 2006, s. 13-14)

V nynější uspěchané době s mnoha stresy lze označit žádoucí účinky drog jako formu dopingu. Lidé po něm sahají často, aby si něco ulehčili nebo něčeho za každou cenu docílili. ((Sandorová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 360)

Pod pojmem návyková látka si lze představit takovou substanci, která při užití má takové účinky, které mění prožívání, vnímání, chování nebo tělesné procesy. Jedná se o látky, které mají schopnost vyvolat návykové užívání nebo závislost. Tyto látky jsou návykové především díky vytvoření iluze, že to co člověk potřebuje (klid, bezbolestnost, radost...) lze uspokojit, dosáhnout rychleji.

Druhy návykových látek

Návykové látky se dělí na legální a nelegální.

Mezi legální drogy patří:

- Alkohol
- Nikotin
- Kofein
- Léky (Psychoaktivní léky, Hypnotika, Analgetika, Benzodiazepiny atd.)
- Těkavé látky (Toluen a jiná průmyslová rozpouštědla, náplně do zapalovačů, Benzen, Benzín atd.)

Mezi nelegální drogy patří:

- Stimulační drogy (Kokain, Pervitin, Extáze)
- Konopné drogy (Hašiš, Marihuana)
- Halucinogenní drogy (LSD, Lysohlávky)
- Opiody (Morfin, Kodein) (Vavřínková, Binder, 2006)

Já ve své práci věnuji pozornost dvěma nejčastějším návykovým látkám, kam patří alkohol a kouření.

2 Alkohol a těhotenství

2.1 Alkohol

Alkohol je lidstvu znám již odnepaměti. Jeho počátky se ztrácí na samém úsvitu existence člověka. Nejstarší archeologické nálezy dokládají, že víno se vyrábělo už před 7000 lety. Zmínka o něm je již v Eposu o Gilgamešovi, pocházející z 3 až 4. tisíciletí př. n. l.

Čistý alkohol byl poprvé získán v 11. století n. l. na jihu Itálie. Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života, protože v prvopočátku lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly hlavně ty vlastnosti alkoholu, kterých bylo možno využít v lékařství.

O blahodárných účincích alkoholu se najdou svědectví v pracích antického lékaře Hippokrata (460-370 př. n. l.). Alkohol se používal při některých chorobách a úrazech, poraněních v boji. Při práci to byly vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu (Sandrová R, Samková, Holejšovský, 2006, s. 359)

Dle studií má ČR v evropském i celosvětovém kontextu nadprůměrně vysokou spotřebu alkoholu. (Nešpor, 2007)

Česká republika patří v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. V ČR průměrně občan včetně kojenců vypije za rok asi 150 litrů piva, 15 litrů vína a 8 litrů tvrdého alkoholu.

Nadměrné užívání alkoholu vede ke změnám ve fungování jedince, ovlivňuje jeho zdravotní stav, společenské uplatnění, dále alkohol způsobuje rodinné problémy vedoucí až k rozpadu rodiny a vede k rozvoji závislosti. Užívání alkoholu je spojeno se zvýšeným rizikem onemocnění a úmrtí. (Schidtová, 2007, s. 354)

Pravidelná konzumace alkoholu se v ČR týká přibližně 25% mužů a 5% žen. Ve vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 až 40% pacientů psychiatrických lůžkových zařízení. U nás je tomu podobně uvádí autoři.

V dnešní době je alkoholismus velkým problémem mnoha společností na celém světě. Jedná se o život ohrožující problém, který často končí smrtí následkem nemoci

orgánů, jako jsou játra, pankreas, ledvin nebo degenerace mozku. (Sandorová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 358-364)

Až 14% žen ve věku 18 až 65 let konzumuje alkohol zdravotně rizikovým způsobem., tj. mají nadměrnou denní spotřebu nebo konzumují velmi vysoké dávky. (Kubička, Csémy, 2004)

Zatímco v minulosti byla konzumace alkoholu na veřejnosti spíše mužská záležitost. V současné době je pití alkoholu ženou stále více tolerováno. Trendem současné doby je zrovnoprávnění postavení mužů a žen. Stává se, že dochází i k výměně rolí obou pohlaví v různých oblastech života. Užívání alkoholu u žen se objevuje stále v nižších věkových skupinách. Důsledkem toho zasahuje alkohol do reprodukčního věku ženy a souvisí s problémovým pitím alkoholu v graviditě. (Schmidtová, 2011, s. 27)

Alkoholismus je často způsoben fyzickou závislostí na droze, alkoholu. Spolupodílejí se na něm také částečně genetické, psychologické a sociální faktory.

V USA přibližně 10% těhotných žen pokračuje v pití alkoholu a 2% pije vysoké dávky alkoholu, což je pro plod zvláště nebezpečné. (Burd, Klug, Martsolf, Kerbeshian, 2003, pp. 697-705)

2.2 Alkohol a těhotenství

O tom, že efektivní prevence je možná, svědčí práce, podle níž se ve státě Wahington podařilo v letech 1991 až 1998 snížit počet žen, které v těhotenství pily alkohol a také počet dětí s fetálním alkoholovým syndromem, které se dostaly do náhradní péče (Astley, 2004)

Ideální preventivní program podle Hankina zahrnuje:

- Všeobecnou prevenci zaměřenou na celou populaci žen ve fertilním věku
- Selektivní prevenci zaměřenou na ženy ve fertilním věku, které pijí alkohol
- Indikovanou prevenci zaměřenou na ženy s vysokým rizikem včetně těch, které zneužívaly alkohol během minulých těhotenství (Hankin, 2002, pp. 58-65)

Závislost na alkoholu se podle Nešpora u žen rozvíjí po kratší době pití a menších dávkách alkoholu. Alkohol způsobuje řadu zdravotních problémů, které jsou u žen častější a nastávají dříve. Mezi ně patří jaterní onemocnění, hypertenze, rakovina prsu, duševní onemocnění atd. (Nešpor, 2010)

Vědomosti o škodlivém vlivu alkoholu v těhotenství jsou tisícileté – přesto problém alkoholu těhotných přetrvává dodnes.

Problematika je velmi aktuální zvláště u nás. Kukla uvádí, že alkoholické nápoje pije v České republice před otěhotněním 75% žen. Z nich 1/3 pokračuje v pití alkoholu během prvních 3 měsíců těhotenství a dalších 16 % i mezi 3. až 6. měsícem těhotenství. (Kukla, Hrubá, Tyrlík, 1999, s. 193-202)

Autorka Schmidtová uvádí, že závislost na alkoholu u žen často zasahuje do reprodukčního věku ženy a souvisí s problémovým pitím alkoholu v graviditě. Ženy často svoji závislost skrývají, proto se tato skutečnost může až po porodu postiženého dítěte. (Schmidtová, 2011, s. 27)

Francouzská a Americká akademie dětských lékařů navrhuje, aby čeští lékaři doporučovali všem ženám v těhotenství naprostou abstinenci od pití alkoholu. To již před otěhotněním a ne až v době, kdy už je žena těhotná. Alkohol je nejnebezpečnější v prvních třech měsících těhotenství, kdy žena nemusí o svém těhotenství ještě vědět. (Nešpor, 2008, s. 33)

Autor Nešpor uvádí, že konzumace alkoholu v těhotenství je spojeno s četnými riziky. K nim patří anémie, endokarditis, hepatitis, eklampsie, potraty, nižší porodní váha, vrozené vady, poškození CNS a jiné. (Nešpor, 2010)

Autorky Sedláčková a Žižková uvádí, že pokud pije těhotná žena alkoholické nápoje, koncentrace v krevním řečišti nenarozeného dítěte je stejná jako její. Játra plodu na rozdíl od matky nedokážou odbourávat alkohol stejnou rychlostí jako dospělý člověk. U dospělého jedince tato rychlost dosahuje hodnot 0,085-0,1 g alkoholu na 1 kg tělesné hmotnosti za 1 hodinu. Vysoké koncentrace alkoholu zůstávají v plodu déle, často více než 24 hodin. Ve skutečnosti koncentrace alkoholu v krvi nenarozeného dítěte je během druhé až třetí hodiny po konzumaci alkoholu vyšší než u matky. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73)

Porod u ženy pod vlivem alkoholu představuje smrtelné ohrožení dítěte, protože novorozenec neumí alkohol po oddělení od krevního oběhu matky odbourávat. (Nešpor, 2010)

Dle studie, provedené v 9 státech Evropské unie prokázala, že konzumace alkoholu je závislá na řadě parametrů, patří sem věk, vzdělání, zaměstnání, společenské postavení apod. Bylo prokázáno, že ženy s vyšším vzděláním konzumují více alkoholu než ženy s nižším vzděláním. (Sandrová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 363)

Těhotné ženy by neměly pít žádný alkohol. Alkohol by se měly vyhýbat i ženy, které počítají s otěhotněním, protože k závažným poškozením plodu dochází i na počátku těhotenství, když žena o svém těhotenství ještě neví.

Podle výzkumu provedeného v České republice koncem 90. let minulého století pilo alkoholické nápoje před otěhotněním 75 % žen a z nich 1/3 pokračovala v pití alkoholu i během prvních tří měsíců těhotenství. Podle novějších údajů pilo v roce předcházejícím těhotenství alkoholické nápoje 83,4 % českých žen ve věku 18 až 40 let. Z toho vyplývá, že prevence v této oblasti není v České republice dostatečná. (Nešpor, Csémy, 2005, s. 704-705)

Konzumaci alkoholu u těhotných žen z Brna a z okresu Znojmo sledovali Kukla a spol. v letech 1990-1992. 3/4 těchto žen pily alkoholické nápoje 6 měsíců před otěhotněním, z toho 1,7 % denně a 22,3 % alespoň jedenkrát týdně. 1/3 těhotných pokračovala v pití i během prvního trimestru, z toho 1,1 % denně. Ve druhém trimestru pilo dále alkohol 17 % žen (8,2 % žen i větší dávky najednou. (Kukla, Hrubá, Tyrlík, 1999, s. 607)

V České republice se podle autorů Nešpora a Csémy jedná o aktuální problém. Spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele v České republice je podstatně vyšší než v USA a větší jsou i škody, které zde alkohol působí. (Csémy, 2005, s. 704-705)

Tabulka č. 1, Frekvence pití alkoholických nápojů u žen ve věku 18 až 40 let (sběr dat v roce 2003)

Denně nebo skoro denně		2,1 %
3 až 4 krát týdně		5,5 %
1 až 2 krát týdně		22,9 %
1 až 2 krát měsíčně	1	10,4 %
až 20 krát za čtvrt roku	1 až	6,1 %
2krát za rok		6,4 %
v posledním roce nepila alkohol		16,6 %

(Csémy, 2005, s. 705)

Nadměrné užívání alkoholu vede k výrazným změnám ve fungování jedince, ovlivňuje jeho zdravotní stav, společenské uplatnění, způsobuje rodinné problémy vedoucí až k rozpadu rodiny a dále vede k rozvoji závislosti se všemi dalšími důsledky. Užívání alkoholu je spojeno se zvýšeným rizikem onemocnění a úmrtí. (Schmidtová, 2011, s. 27)

Nešpor uvádí, že by součástí preventivních programů měly být informace týkající se škod působených alkoholem. (Nešpor, 2008)

Studie ESPAD upozorňuje na snadnou dostupnost alkoholu ve věkové skupině, kde je pití alkoholu zakázané zákonem (pod 18 let věku). Experimentování s návykovými látkami a alkoholem se posouvá stále do nižších věkových skupin. Objevuje se stále větší počet dětí závislých na návykových látkách. Spotřeba alkoholu významně roste již mezi žáky základních škol. (Schmidtová, 2011, s. 27)

Alkohol je faktorem podílejícím se na téměř polovině všech úmrtí u dopravních nehod a způsobuje mnoho zdravotních problémů. (Sandorová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 358)

Abnormální mateřské chování zahrnující užívání alkoholu v těhotenství souvisí s komplexem sociálních, emocionálních a fyzických faktorů. Dále má na toto chování vliv osobnost těhotné ženy, její traumatické zkušenosti z dětství a dospívání a další dědičné vlivy. Bylo prokázáno, že závislost na alkoholu se dědí po rodičích ve vysokém procentu. V době gravidity se může zvyšovat stres matky nejen samotným

těhotenstvím, ale i pečováním o další děti a omezením její přítomnosti pouze na domácí prostředí, často ve spojení se sociální izolací. V této situaci je důležitá role partnera matky, pokud tento selhává nebo není vůbec v rodině přítomen, přebírá těhotná žena zodpovědnost za hmotné zabezpečení rodin a další povinnosti. Matky užívající alkohol v těhotenství mají v anamnéze nežídka ztrátu rodiče v dětství, sexuální zneužívání, psychické nebo fyzické zátěži nejen v dospělosti, ale často i v dětství. Některé z nich byly samy před narozením exponovány teratogennímu účinku alkoholu. (Schnidtová, 2011, s. 27, 2011)

Materiály Amerického ministerstva zdravotnictví „Preventing fetal alcohol effects“ nabízí následující praktický přístup. Vychází z toho, že alkohol u těhotných žen je problémem, o němž bude málokterá žena ochotná mluvit spontánně a otevřeně. Není vhodné položit otázku „kolik vypijete alkoholu“ autoři doporučují některé užitečné otázky. Začíná se těmi, které vzbudí nejmenší odpor. „Měl někdo z Vaší rodiny problémy s pitím alkoholu?“. „Pila jste někdy pivo, víno nebo destiláty?“. Je to otázka z minulosti a nevyvolává u ženy odpor, takže většinou odpoví kladně. „Kdy jste začala s pitím alkoholu?“. Nato navazují další otázky: „Jak často jste tehdy pila?“. „Kdy jste byla poprvé opilá?“. Teprve nyní přechází lékař k otázkám současnosti. Mohou být formulovány následovně: „Kolik alkoholu vypijete najednou?“. „Kolik nyní pijete?“. Pokud žena váhá s odpovědí nebo udá jen druh nápoje, ne množství je možné ji navrhnout určité možnosti a to vyšší. Např. uvede-li pivo, lze se jí zeptat, zda vypije 4 až 5 piv denně. Dáváme tím najevo, že je o tomto možné otevřeně komunikovat. V případě negativní alkoholové anamnézy nejsou další otázky nutné. V případě pozitivní anamnézy je vhodné zjistit, jaké negativní důsledky má alkohol v různých oblastech pacientčina života. U pozitivní anamnézy má zdravotník následující možnosti:

1. Doporučení abstinence nebo alespoň snížení konzumace alkoholu v těhotenství, s tím, že to prospěje dítěti.
2. Pokud je to třeba doporučí pacientce specializovanou léčbu pro problémy způsobené alkoholem někdy i léčbu lůžkovou.
3. Gynekolog by měl zůstat s pacientkou v kontaktu i někdy pokud specializovanou léčbu odmítne. Měl by se nadále zajímat o její problémy s alkoholem a být připraven

navrhnout v příhodný čas léčbu znovu. 4. Měl by být v dokumentaci pacientky záznam, že byla o riziku alkoholu v těhotenství řádně informována. (Nešpor, 2010)

2.3 Účinky alkoholu na plod

Starořecký filozof Platón uvedl v jednom ze svých spisů: „Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objevuje se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné“. Ve starověku byly dokonce vydány zákony zakazující zplodit dítě po požití alkoholu. Takové povahy byl i zákon vydaný v Kartágu, který zakazoval novomanželům pít alkohol před svatební nocí a během ní. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 11-13)

Zmínky o možném poškození plodu matek, které pily v těhotenství alkohol, ale i o zákonu např. požívání alkoholu o svatební noci, pocházejí už ze starého Řecka a Kartága. Často se v těchto souvislostech cituje jako první Aristoteles. Jako další byl Platón, který doporučoval, aby víno bylo mládeži do 18 let zakázáno a do 30 let omezeno.

Varování před alkoholem v těhotenství však uvádí i Starý zákon – Kniha soudců. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 607)

Koncem 19. století publikoval Dr. Suliwan z Liverpoolu sledování 600 dětí narozených alkoholičkám. Shrnul je v jednoznačné, že zdravotní stav dítěte bývá poškozen tehdy, když žena požívala alkohol v těhotenství. Dále uvádí, že alkoholičkám po dobu těhotenství uvězněným, které neměly možnost pít alkohol, se narodily děti zdravé.

První práce popisující vliv alkoholu na embryo a jeho následné poškození se objevily v letech 1968-1973. Tyto změny popisovali Lemoine a Jones. Tato práce potvrdila vliv alkoholu na vývoj plodu a zároveň také skutečnost, že nadměrné pití alkoholu v době těhotenství může vést k porodu dítěte se závažným postižením.

Ve Francii byla v roce 1968 publikována zpráva o výzkumu provedeném u skupiny 69 těhotných žen konzumujících alkohol v těhotenství. Těmto ženám se v době sledování narodilo 127 dětí. Všechny tyto děti měly nižší porodní hmotnost, opožděný tělesný a duševní vývoj. Dále vzbudil ve Francii před 30. lety pozornost zvýšený výskyt zdravotně postižených novorozenců, kde se zvýšil konzum alkoholu.

Byly vydány v roce 2001 Australian Alcohol Guidelines, poprvé se zasazující za abstinenci během těhotenství. Doporučili ženám, které jsou těhotné nebo se chystají otěhotnět úplnou abstinencí alkoholu, nesmí se nikdy opít, měly by znát, že riziko je vyšší v časných stádiích těhotenství, včetně doby od početí do vynechání menstruace. (Schmidtová, 2011, s. 27-29)

Chirurg lékař U. S. v USA vydal doporučení týkající se alkoholu v těhotenství. Uvádí se v něm následující. Těhotné ženy by se měly alkoholu zcela vyhýbat, aby předešly spektru alkoholových poruch. Tyto poruchy podle něj sahají od mírných poruch učení a menších tělesných vad až k plně rozvinutému fetálnímu alkoholovému syndromu. (Nešpor, Csémy, 2005, s. 704)

Udává se, že pokud žena pije alkohol v těhotenství, je riziko postižení plodu 30 až 50%. Závažnost postižení je dána množstvím požitého alkoholu. (Schmidtová, 2007, s. 358)

Autoři Hamanová a Csémy uvádějí, že alkohol volně prochází placentou, jeho koncentrace v oběhu plodu jsou identické s koncentracemi v oběhu matky. Vylučování alkoholu u plodu je podstatně nižší než u matky, expozice alkoholu je tedy delší.

Dále uvádí, že alkohol ovlivňuje plod během celého těhotenství. V prvním trimestru vznikají skeletové a orgánové abnormality a fatální dysmorfie. Ve druhém a třetím trimestru dochází k poškození CNS. Intrauterinní a postnatální růstová retardace má vztah k účinku alkoholu v posledním trimestru. Průměrná porodní hmotnost dětí alkoholiček je 2080g. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 607-611)

Nešpor ve svém článku uvádí, že konzumace alkoholu v těhotenství může vážně a nenapravitelně poškodit plod. Nejedná se pouze o fetální alkoholový syndrom, ale i o široké spektrum poruch projevujících se mimo jiné postižením poznávacích funkcí, intelektu a chování. Uvádí, že jsou známy některé mechanismy, jimiž alkohol ovlivňuje vyvíjející se mozek. Patří sem např. negativní vliv alkoholu na bílou mozkovou hmotu i tvorbu neuronů, nedostatek kyslíku a tvorba volných radikálů. (Nešpor, 2008, s. 32)

Autoři Nechanská, Mravčík a Sopko uvádí, že ženy, které pijí alkohol i na samotném počátku těhotenství alespoň 1 týdně, tak jejich děti mají častěji sklon k poruchám temperamentu a poruchám spánku v kojeneckém věku. Proto by mělo být ženám doporučováno vyhýbat se nadměrné konzumaci alkoholu v období, kdy plánují otěhotnět. (Nechanská, Mravčík, Sopko, 2012, s. 459)

Konzumace alkoholu v těhotenství může způsobit abnormality v oblasti hlavy a obličeje, malá velikost hlavy při porodu a mozkové abnormality Srdeční a cévní vady, kosterní vady, vrozené vady ledvin, oční a sluchové vady včetně hluchoty. Dále poruchy týkající se pohybových dovedností, smyslového vnímání a pohybové koordinace, poruchy chování např. špatné sebeovládání a impulzivita. Častěji je výskyt poruch pozornosti a hyperaktivita (Nešpor, Scheansová, 2011, s. 340)

Americká case-control studie, využila data z (PRAMS) Pregnancy Risk Assessment Monitoring Survey z období 1996 až 2005. Tato studie zjistila, zvýšený výskyt vrozených srdečních vad u dětí matek, které uvedly naděrné pití alkoholu alespoň jednou a to v období 3 měsíců před otěhotněním. (Mateja, Nelson, Kroelinger, et al., 2011)

Jiní autoři kromě těchto poruch dále uvádí postižení CNS a s tím související problémy při učení, neschopnost porozumět sociálním situacím, poruchy vyjadřování, špatná schopnost myšlení, problémy při počítání, horší paměť, soustředění a úsudek.

Tyto postižené děti se častěji stávají závislé na alkoholu a více se u nich vyskytují jiné duševní poruchy včetně antisociální poruchy osobnosti (Ornoy, Ergaz, 2010)

Dává se do souvislosti užívání alkoholu těhotnou ženou s agresivním chováním dětí těchto matek. U 1/3 dětí, které byly vystavovány středním nebo vysokým dávkám alkoholu bylo nalezeno agresivní chování. Zmíněné se v populaci vyskytuje ve 4 až 5% (Jacobson et al., 1999)

Některé studie poukazují na souvislost mezi užíváním alkoholu matky během gravidity a špatným školním výkonem a poruchami učení.(Schmidtová, 2007)

Užívání alkoholu matkou v těhotenství má zásadní diagnostickou důležitost. Postižení plodu záleží na množství konzumovaného alkoholu matkou, dále na

citlivosti plodu na alkohol a věku matky. Vyšší věk matky zvyšuje riziko poškození plodu. U ženy starší 30 let, zvyšuje riziko poškození plodu 2 až 5 krát. Děti matek vystavovaných alkoholu v těhotenství mají výrazně zvýšenou citlivost mozku k hypoxii, zvyšuje se u nich riziko ischemie mozku v perinatálním a novorozeneckém. Předpokládá se vliv alkoholu či jeho metabolitů v průběhu embryonálního vývoje. Velice často se při těžkém abúzu rodí dítě předčasně nebo se objevuje úmrtí plodu ještě před porodem. Při ultrazvukovém vyšetření v graviditě lze při těžkém abúzu nalézt retardaci růstu, mikrocefalii a orgánové malformace. (Schmidtová, 2011, s. 28)

Konzumace alkoholu v těhotenství má i nepřímé následky související s horší výživou, menší péčí o sebe a nespolupráci se zdravotníky

Matky, které pijí alkohol v těhotenství, se častěji narodily matkám, které také pily v těhotenství alkohol. (Nešpor, Scheansová, 2011, s. 340)

Výzkumy ukázaly, že i pouhé malé dávky alkoholu konzumované během těhotenství mohou velmi vážně poškodit plod. V těle těhotné ženy není alkohol doprovázen jen ke všem orgánům a tkáním, ale též k placentě, kde snadno prochází přes membránu oddělující krevní oběh matky a plodu. Touto cestou je alkohol doprovázen přímo k plodu a ke všem jeho vyvíjejícím se tkáním a orgánům. Pokud pije těhotná žena alkoholické nápoje, koncentrace alkoholu v krevním řečišti nenarozeného dítěte je stejná jako její. Avšak na rozdíl od matky, játra plodu nedokážou odbourávat alkohol stejnou rychlostí jako u dospělého jedince. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73)

Studie v zahraničí potvrdily vztah mezi množstvím alkoholu a opožděním prenatalního růstu v prvních 2 měsících těhotenství, tak i později v těhotenství. Postnatální růst, poruchy chování a kognitivních funkcí související spíše s expozicí alkoholem ve vyšším stupni těhotenství. Zničující teratogenní efekt alkoholu při těžkém užívání alkoholu byl prokázán, pokud žena pije v 3. až 6. týdnu těhotenství. Toto období odpovídá vývoji mozku. Toto zjištění je závažné proto, že v tomto období většina žen o svém těhotenství ještě neví. (Schmidtová J., str. 27-29, 2011)

U dítěte matky alkoholičky hrozí vznik alkoholových abstinenčních příznaků. Ženy, které chronicky konzumují alkohol, trpí malnutricí, protože alkohol potlačuje chuť k jídlu.

Podle některých gynekologů občasná konzumace alkoholu jednou až dvakrát za týden v malém množství (dvě deci piva či vína) je tolerovatelnou hranicí. Tato hranice není jednoznačně potvrzena, proto další nedoporučují pití alkoholu v těhotenství vůbec. (Kostiuk P., str. 7, 2013)

2.4 Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

FASD – řazení vrozených alkoholových poruch od nejtěžšího postižení do nejméně závažného postižení je následující

- FAS (Fetální alkoholový syndrom)
- FAE (Fetal alcohol effects)
- ARBD (Alcohol related birth defects)
- ARND (Alcohol related neurodevelopmental disorder) (Schmidtová, 2011, s. 28)

Příznaky a nálezy jsou pro FASD nespecifické. Diagnóza není snadná a často zůstává nepoznaná. To zvláště platí u mírných nebo neúplných forem. Tím pádem se promarní možnost včasné pacientovi pomoci. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 610)

Skupina pediatriů, genetiků a odborníků návykových nemocí zhodnotila 1500 dětí z rizikové populace v USA a v Jihoafrické republice: 164 dětí (72 z USA a 92 z jižní Afriky) mělo diagnózu FASD. Byly použity kritéria institutu medicíny v USA z roku 1996, kde definovaly tělesné a psychické znaky a užívání alkoholu těhotnou ženou, kde to bylo možné. Vzniklo tak 6 diagnostických kategorií. 1. FAS s prokázanou nitroděložní expozicí alkoholu, 2. FAS bez ní, 3. pFAS s prokázanou expozicí alkoholu, 4. pFAS bez ní, 5. ARBD, 6. ARND. Podle autorů tato kritéria odpovídají medicíně založené na důkazech. (Caprara, Klein, Koren, 2006, pp. 39-45)

V adolescenci a dospělosti bývají tyto děti často také závislí na alkoholu nebo jiných nealkoholových drogách. Často mají konflikty se zákonem a dopouštějí se někdy i velmi závažných kriminálních činů. V dospělosti přetrvává poškození vývoje hlavně v oblasti matematiky, deficit pozornosti a porucha učení.

Jevem u těchto jedinců bývá nestabilita rodinného prostředí, které zahrnuje alkoholismus u jednoho nebo obou rodičů, násilí v rodině, někdy i sexuální zneužívání a nevhodné sociální podmínky. V souvislosti s tímto může být dítě odebráno z původní rodiny. (Schmidtová, 2011, s. 29)

Při podezření na FASD se doporučuje obrátit se přímo na tým odborníků (pediatri, genetici, psychologové...) nebo použít následující postup:

1. Pečlivá osobní anamnéza: upřesnění informací o matčině užívání alkoholu v těhotenství,
2. Rodinná anamnéza: stejně nebo podobně postižení jedinci v rodině,
3. Pečlivé somatické vyšetření (zhodnocení růstu, anomálie...),
4. Psychologické vyšetření, 5. Pokud něco svědčí pro FASD odeslání ke klinickému genetikovi. (Hamanová J., Csémy L., str. 610, 2010)

Schmidtová ve své práci uvádí, že byl v roce 1999 výzkumný tým Fast et al., který provedl 1 roční studii mladých lidí ve vyšetřovací vazbě se zaměřením na diagnostiku poruch FAS a FADS. Celkově ¼ těchto lidí byla při vyšetření diagnostikována FAS, FADS. Z toho 1% jako FAS. Autoři uvádí, že před vstupem do studie mělo tuto diagnózu pouze 3% vyšetřených. Studie označila mladé lidi s FAS a FADS za skupinu se zvýšeným rizikem pro maladaptivní chování, které může vést ke kriminálním činům. Závažným zjištěním bylo, že ¾ mladých lidí s FAS a FAE přiznalo zneužívání v nějaké formě (psychické, tělesné a sexuální). (Schmidtová, 2007, s. 357)

Péče o pacienty s FASD může při včasné diagnóze zlepšit prognózu. Jejich problémy jsou ale celoživotní. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 610)

Centra pro kontrolu a prevenci nemocí v USA vypracovala postupy pro včasné vyšetření FASD s cílem snížení jejich problémů. Doporučení se týká i identifikace žen s rizikem expozice alkoholu v těhotenství. Děti s FASD potřebují péči psychologickou, psychoterapeutickou, speciální vzdělání a později i v oblasti právní, uvedli Hoemy HE et al. (Hamanová, Csémy, 2007, s. 610-611)

Autorka článku Schmidtová uvádí, že byla v zahraničí provedena výzkumné práce dávající do souvislosti užívání alkoholu matkou s agresivním chováním dětí těchto matek. U 1/3 dětí vystavovaným vysokým dávkám alkoholu bylo nalezeno agresivní chování. Toto chování se v běžné populaci vyskytuje ve 4 až 5%.

Je prokázána souvislost mezi pijáckými tahy matky během gravidity a asociálním chováním, špatným školním výkonem a poruchami učení ve školní docházce. (Schmidtová, 2011, s. 29)

Roční náklad v USA na všechny děti s FASD v roce 1998 byly 4 miliardy dolarů

Uvádí se, že celoživotní náklady na jednoho pacienta s FASD stojí v USA více než 3 miliony amerických dolarů. (Hamanová, Csémy, 2007, s. 611)

V Kanadě se odhadují škody, které působí poškození plodu alkoholem na 4 miliardy dolarů ročně. (Nešpor, 2008, s. 33)

V zahraničí je řada preventivních programů určených k mírnění škod u lidí s FASD. Děti a mladiství s FASD jsou aktivně vyhledávány, zařazovány do speciálních programů. Je snaha ovlivnit do budoucna snížení delikvence těchto lidí a snížení kriminality. Dalšími preventivními programy jsou celonárodní akce zaměřené na těhotné ženy a aktivní programy s vyhledáváním rizikových žen a jejich podpora v době těhotenství. Tyto programy mají za cíl snížení počtu dětí narozených s FASD.

V ČR stoupá počet dětí s FASD, ale přesný počet není znám. V ČR je nedostatečná prevence v této oblasti, která může mít za následek zvýšení kriminálních činů i násilných a sexuálně motivovaných.

Vzhledem k tomu, že spotřeba alkoholu v ČR stoupá v posledních letech a pití alkoholu se posouvá do nižších věkových skupin, lze předpokládat výskyt většího počtu dětí s FASD. (Schmidtová, 2011, s. 29)

Konzumace alkoholu v těhotenství může vést i k hypoxii plodu, může dojít ke spontánnímu abortu ve druhém trimestru nebo k porodu mrtvého plodu. U těchto žen konzumujících alkohol se častěji vyskytuje preeklampsie nebo předčasný porod. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 608)

Důležitá je včasná diagnostika postižených dětí, volba vhodného vzdělávacího programu a prevence traumatizace dítěte. (Schmidtová, 2007, s. 353)

2.4.1 Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Dle Schmidtové pojem FAS vymezil jako samostatnou klinickou jednotku v roce 1973 Dr. Jones, který jako první popsal abnormální rysy jedinců vystavených intrauterinnímu vlivu alkoholu. Od této doby je FAS znám jako negeneticky podmíněné poškození intelektu, jehož snížení frekvence výskytu v populaci lze ovlivnit pouze preventivně. (Schmidtová, 2007, s. 354)

Seemanová uvádí, že nepříznivý vliv alkoholu na vývoj plodu byl poprvé popsán v roce 1968 Francouzem P. Lemoinem a spolupracovníky, dále tato problematika byla studována v roce 1973, jak již uvádí Schmidtová. (Seemanová, 2013, s. 23)

Výskyt FAS se ve společnosti uvádí průměrně 1,9 na 1000 živě narozených (Hamanová, Csémy, 2010, s. 607)

Plně vyvinutý FAS se vyskytuje u 0,29 až 0,48 na 1000 živě narozených dětí. Lehké neúplné formy pak u 3 novorozenců na 1000 živě narozených.

Někteří autoři např. Seemanová uvádí čísla 3krát vyšší, tj. až 1% novorozenců. U alkoholiček se uvádí incidence FAS 25 až 90 dětí na 1000 živě narozených (Seemanová, 2013, str. 23)

Dále autoři článku Nešpor a Csémy doplňují, že se vyskytují vady v oblasti hlavy a obličeje, nižší porodní váha a poškození mozku. Tyto děti častěji trpí poruchami chování, špatně se ovládají, jsou příliš impulzivní a jejich intelekt bývá nižší. Mívají také problémy s učením, trpí poruchami vyjadřování a paměti, obtížně se soustředí. Častěji se u nich vyskytují srdeční a cévní vady, kosterní, sluchové a další poruchy. (Nešpor, Csémy, 2005, s. 704-705)

Autoři článku Sandrová, Samková a Holejšovský tvrdí, že každá matka – alkoholička, která porodila dítě s FAS, porodí takové každé další dítě, bude-li dále konzumovat alkohol. (Sandrová, Samková, Holejšovský, 2006, s. 363-364)

Výskyt FAS se v USA odhaduje na 0,5 až 2 případy na 1000 narozených dětí. (Nešpor, Csémy, 2005, s. 704)

Výskyt FAS ve Švédsku se odhaduje na 3 až 4 případy na 1000 narozených dětí. Odhaduje se, že v některých oblastech světa či regionech stoupá výskyt FAS až na 1% mezi novorozenci. (Seemanová, 2013, s. 23)

Autoři článku Hamanová a Csémy uvádí, že dávka alkoholu v těhotenství není jediný faktor, který rozhoduje o výsledném poškození plodu. Uvádí, že riziko vzniku je vyšší u matky nad 30 let, při jejím nízkém socioekonomickém stavu, u malnutrice nebo při porušené placentární funkci aj. Také uvádí, že v poslední době se uvažuje o genetickém podkladu, kdy riziko FAS může přijít při genotypu alkoholdehydrogenázy 1B:ADH 1B/ADH 1B u matky. Ukazuje se, že plně vyjádřený FAS je důsledkem pravidelné konzumace velkých dávek alkoholu v těhotenství. (Hamanová J., Csémy L., str. 606-611, 2010)

Onemocněním FAS jsou ohroženy především plody chronických alkoholiček, podle autorky Seemanové neexistuje bezpečná dávka frekvence či období embryopatie. Může postihnout i plod po jednorázovém užití alkoholu těhotnou ženou. (Seemanová, 2013, s. 23)

Prohlášení hlavního lékaře USA shrnuje současný stav výzkumu následovně. Alkohol požívaný v těhotenství zvyšuje riziko souvisejících vrozených vad včetně poruch růstu, abnormalit v oblasti obličeje, postižení CNS, poruch chování a vývoje intelektu. Častější je výskyt poruch pozornosti s hyperaktivitou (Burd, Klug, Martsof, Kerbeshian, 2003, pp 697-705)

Kanadští lékaři z Univerzity of Toronto pod vedením Dr. Alexandry C. Nenin prováděli kanadský průzkum, který se zabýval problematikou FAS. Zjišťovali, jaká je zkušenost praktických lékařů. Zjistily neradostnou skutečnost, že kanadské ženy stále častěji pravidelně pijí alkohol. Od roku 1986 se podíl jeho konzumentek zvýšil z 67% na 80%. Americké statistiky dokládají, že 27% adolescentek a 24% dospělých se nejméně jednou opije i během 1. trimestru těhotenství, kdy je vyvíjející se organismus k alkoholu nejvíce citlivý. Uvádí, že pravidelně pije asi 20% amerických těhotných žen. (Upshur, 2002, s. 21)

Autorka Schidtová uvádí, že se jedná o závažné vrozené poruchy, jejich společným faktorem způsobujícím postižení je intrauterinní expozice plodu alkoholem.

Autorka Schmidtová uvádí, že děti mají obvykle v průměru IQ 60 až 70, což odpovídá lehké mentální retardaci. Celkově se může intelektový výkon pohybovat od jistého intelektuálního handicapu až po intelekt v pásmu normy.

Diagnóza FAS vyžaduje splnění podmínky – potvrzení abusu alkoholu matkou v těhotenství a zároveň přítomnost několika znaků v obličeji typických pro FAS a další znaky. Mezi ně patří vývojové abnormality CNS (IQ v rozmezí 70 a 85), kognitivní dysfunkce a poruchy chování, deficit v růstu oproti normě (Schmidtová, 2007, s. 354-356)

Dle autorky Schmidtové se charakteristické rysy obličeje a retardace růstu mění s věkem a jsou rozdílné u různých etnických skupin. Diagnóza lze lépe stanovit u kojenců a malých dětí podle poruchy CNS a typické obličejové morfologie. Toto může být komplikované určit u dětí nad 2 roky věku dítěte.

Ve studiích bylo zjištěno, že v adolescenci je obličejová morfologie již méně charakteristická, váha se blíží průměru, ale mnoho znaků přetrvává. To je hlavně mikrocefalie, úzký horní ret a nevyvinutá dolní čelist. (Schmidtová, 2011, s. 29)

2.4.2 Fetal alcoholic effect (FAE)

Dle autorky Schmidtové diagnóza FAE vyžaduje splnění podmínky potvrzení abúzu alkoholu matkou v těhotenství a zároveň přítomnost několika znaků v obličeji typických pro FAS, dále zjištění některých z následujících znaků. Vývojové abnormality CNS jako abnormní intelekt (IQ v rozmezí 70 až 85), poruchy chování, deficit růstu oproti normě, porucha učení, deficitní školní výkon, poruchy sebeovládání, nedostatečná kontrola svého chování, problémy ve vztazích s ostatními, snížená schopnost abstraktního myšlení, poruchy paměti, soustředění a úsudku. (Schmidtová, 2011, s. 356)

Podle pracoviště v USA zabývajícího se dlouhodobě touto problematikou, více než 50% mužů a více než 70% žen s FAE má problémy s alkoholem a drogami. Výsledek je ovšem značně ovlivněn okolím a domácím prostředím. (Hamanová, Csémy, 2010, s. 608)

Z neurologického hlediska bývá patrná hypotonie, hypomotorická retardace, včetně retardace vývoje řeči. Poruchy řeči bývají i dále během dětství. Často se vyskytují poruchy koordinace, zvláště jemné motoriky. (Hamanová, Csémy, 2010)

2.4.3 Alcohol related neurodevelopmental disorder (ARND)

Autorka Schmidtová popisuje onemocnění jako poškození nervového systému plodu aniž by došlo k somatickým znakům a anomáliím typickým pro FAS. Toto onemocnění zahrnuje problémy při učení, neschopnost porozumět správně sociálním situacím, poruchy abstraktního myšlení, poruchy paměti, soustředění, úsudku, poruchy chování, špatné sebeovládání, impulzivita. (Schmidtová, 2007, s. 356)

2.4.4 Alcohol related birth defects (ARBD)

Schmidtová popisuje, že se jedná o somatické postižení plodu, aniž by došlo k vývojovému poškození mozku. Onemocnění je charakterizováno samostatnými somatickými anomáliemi bez abnormalit CNS. Somatické anomálie odpovídají některým projevům, které jsou popsány u onemocnění FAS. Výskyt tohoto onemocnění je v daleko menší míře, než by odpovídalo diagnóze FAS a není kombinováno s vývojovým poškozením CNS. (Schmidtová, 2007, s. 356-357)

2.5 Léčba alkoholismu u gravidních žen

Dle Schmidtové je léčba úspěšná jen tehdy, přistupuje-li se k nim jako ke chronickým nemocem.

Léčba těhotných žen závislých na alkoholu probíhá v mnoha směrech podobně jako u netěhotných. Odvykací syndromy v těhotenství se musí léčit zvláště opatrně.

Podle možností pracoviště by léčení pro závislost mělo být doplněno přípravou na porod a mateřství

V léčbě problémů s alkoholem je žena – matka a zvláště gravidní žena významně znevýhodněna, zvláště pokud nemá dobré rodinné a sociální zázemí. (Schmidtová, 2011)

Dle Nešpora je důležité věnovat zvláštní pozornost při včasné léčbě žen, které v těhotenství zneužívají alkohol nebo ho zneužívaly během minulých těhotenství. (Nešpor, 2008, s. 33)

Při výzkumném projektu z roku 2004 Csémy L. et al v českém prostředí zkoumajícím úspěšnost ve specializovaném programu pro léčbu závislostí u žen bylo zjištěno, že léčebný program dokončuje 80% žen alkoholiček. Dále autoři uvádějí, že prediktory dobré spolupráce jsou vývoj v úplné rodině do 15 let věku, silná motivace k léčbě a věk nad 29 let, lepší úspěšnost v léčbě mají ženy, které jsou vdané. Výsledky práce naznačují, že léčebný program má lepší odezvu u žen závislých na alkoholu a zároveň zdůrazňují fakt, že sociální podpora u alkoholiček má statisticky významný vztah k délce setrvání v léčbě.

Situace v ČR není příznivá pro léčbu ženy alkoholičky s malými dětmi nebo těhotné bez sociální podpory okolí, pro tyto ženy je léčba alkoholismu téměř nedostupná. Nezřídka jsou děti odebírány z rodiny ženy alkoholičky pro zanedbávání péče, po odebrání dětí z rodiny je však motivace k léčbě u těchto matek nižší. Není výjimkou, že žena znovu otěhotní a porodí další dítě poškozené teratogenním účinkem alkoholu. V souvislosti s tím pak může být dítě znovu odebráno do ústavní péče z původní rodiny nebo poskytnuto k adopci. (Schmidtová, 2011)

Při výzkumné práci v ČR bylo zjištěno, že program pro léčbu závislostí u žen dokončuje 80% žen alkoholiček. (Schmidtová, 2007, s. 358)

2.6 Alkohol a neplodnost

Alkohol vede k zhoršení kvality spermatu a snižuje tvorbu ženských i mužských pohlavních hormonů. U žen může vést kromě hormonálních deficitů k poruchám funkce vaječnicků a neplodnosti, navíc se tak zvyšuje riziko spontánních potratů

Některé z uvedených poruch se vyskytují již při dávkách cca 36g 100% alkoholu za den, což odpovídá necelému litru piva

Při abstinenci od alkoholu lze očekávat zlepšení v této oblasti.

Bylo zjištěno, že prenatální působení alkoholu negativně ovlivnilo spermiogram v dospělosti. (Nešpor, Scheansová, 2011, s. 340)

2.7 Alkohol a laktace

Při laktaci se doporučuje totéž co v těhotenství, protože alkohol se vylučuje do mateřského mléka, ovlivňuje sensorické vlastnosti mléka a vede k jeho nižšímu příjmu kojencům. Alkohol ve vyšších dávkách snižuje produkci mléka a má vliv na kojené děti, které jsou utlumené a trpí poruchami spánku. (Kostiuk, 2013, s. 7)

3 Nikotin v těhotenství

Kouř inhalovaný při spalování tabáku (listů rostliny *Nicotiana tabacum*) obsahuje alkaloid nikotin a množství dalších látek, škodlivých jak v graviditě, tak v laktaci. (Kostiuk, 2013, s. 6)

Rozšířené je aktivní i pasivní kouření tabáku v těhotenství. Králíková uvádí, že v jejich souboru českých žen kouřilo během těhotenství tabák 23,8 %. (Králíková, Bajerová, Raslová, Rames, Himmerová, 2005)

Japonští vědci ve své studii se snažili zhodnotit vliv kouření na výskyt porodních komplikací. Tato studie vycházela z japonské databáze (Japan Perinatal Registry Network databáze), která vznikla v roce 1974. Sledovanou skupinu tvořilo 180 855 gravidních žen. Do databáze byly zaregistrovány během let 2001 až 2005. Za úkol bylo zhodnotit 11 porodních komplikací. Kontrolní skupinu tvořilo 3749 náhodně vybraných těhotných žen. V základní skupině činil výskyt kouření 5, 8% (tj. 10527 žen), výskyt kouření byl vyšší u mladších žen. Při srovnání základní a kontrolní skupiny bylo u žen, které kouřily v průběhu těhotenství, prokázáno vyšší riziko předčasného odtoku plodové vody, inkompetence hrdla, hrozícího předčasného porodu, abrupce placenty a gestační hypertenze. Podle výsledků této studie bylo kouření v těhotenství spojeno s četnými porodními komplikacemi. Tato studie byla provedena pomocí dotazníků, proto nemusí být přesná z důvodu, že některé ženy své kuřáctví tají. Navíc tato studie u kuřáček nezohledňovala počet vykouřených cigaret a není posuzováno socioekonomické zázemí těhotných žen, které porodní komplikace taktéž ovlivňuje. (Kunihiko, Hayashi et al., 2011)

V současné době stoupá počet matek závislých na nealkoholových drogách, kam patří především kouření. Pokud matka v těhotenství kouří nebo užívá více drog současně, postižení plodu je daleko závažnější, neboť negativní účinky více drog na plod se násobí. (Schmidtová, 2011, s. 28)

3.1 Aktivní kouření v těhotenství

Cigaretový kouř obsahuje toxické látky, jako je kadmium, nikotin a oxid uhelnatý. Kadmium působí toxicky na placentární buňky. Nikotin způsobuje zúžení cév

v placentě, přes kterou se dostávají k plodu živiny, to způsobuje omezenou výživu plodu.

Bylo prokázáno, že vystavení dítěte tabákovému kouří je spojeno se snížením intelektu, problémy s chováním, hyperaktivitou, nedostatkem pozornosti a poruchou učení. (Nešpor, 2009)

Dle údajů kouří v době těhotenství přibližně 20 až 25% žen. Jedná se spíše o matky mladé, svobodné, nezaměstnané, s nižším vzděláním a nižší životní úrovní. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 35-36)

Příbyl uvádí, že vzhledem k prokázanému mnohostrannému negativnímu vlivu kouření, se ukazuje jako jediné řešení nekouřit. (Příbyl, 2009, 2009)

Australští vědci zjistili, že děti, které se narodily matkám kuřáčkám, mají nižší hladinu HDL cholesterolu. Tento HDL cholesterol chrání srdce a cévy a působí proti vzniku aterosklerózy. Kouření matky způsobuje, že dítě v budoucnu bude náchylnější k onemocnění srdce a cév. Výsledky studie naznačují, že kouření matek přináší nenarozeným dětem soubor vlastností, které je mohou předurčovat k infarktu a mrtvici v pozdějším věku. (Celemajer, 2011)

Negativní vliv na kouření je známý. V problematice péče o ženu, je předmětem zájmu vliv na reprodukční zdraví, na průběh gravidity a na zdraví nenarozeného dítěte nebo již narozeného dítěte. (Nechanská, Mravčík, Viktor, 2012, s. 458)

Kouření v průběhu těhotenství je příčinou zhoršeného zdravotního stavu jak matky, tak i plodu. Vyskytují se častěji komplikace v průběhu těhotenství a je příčinou onemocnění a úmrtí plodu a novorozence. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 270-272)

K dispozici jsou výsledky mezinárodní evropské studie ELSPAC (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood), do které se ČR zapojila v roce 1990. Tato studie byla zaměřena na výskyt patologického průběhu těhotenství, porodu a zdravotního stavu jak matky, tak i dítěte bezprostředně po porodu v souvislosti s kouřením matky. Z dostupných výsledků vyplývá, že v těhotenství kouřilo pouze 6,5% sledovaných žen, což odpovídá podílu rodiček-kuřáček v souboru z registru rodiček. Zjistilo se, že např. matkám, které v průběhu těhotenství

kouřily, se narodily děti v průměru o 107 g nižší porodní váhou než děti matek nekuřáček. (Nechanská, Mravčík, Viktor, 2012, s. 465)

V několika studiích je kouření spojeno se zvýšeným rizikem vrozených vad. Dále je kouření spojeno se zvýšeným rizikem rozštěpů, zkrácení končetiny, urogenitálních abnormalit. Riziko malformace podle autorů je vyšší v prvních měsících těhotenství. Tyto vlivy mohou mít souvislost s nedostatkem kyslíku. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 271-272)

Kouření v těhotenství ovlivňuje vývoj plodu. Způsobuje komplikace v těhotenství, jako je krvácení v časném i pozdním těhotenství a předčasný porod. (Příbyl, 2009)

3.2 Pasivní kouření v těhotenství

Pasivní kouření znamená vdechování cigaretového kouře. Tomuto kouření jsou vystaveni lidé, kteří sami nekouří, ale pohybují se v zakouřeném prostředí.

Pasivní kouření má prokazatelně negativní účinky. Právě proto se mnoho států snaží pasivní kouření snižovat tím, že zakazují kouření ve veřejných prostorech, kde se pohybují nekuřáci.

Odhaduje se, že následky pasivního kouření jsou vyšší, než zdravotní problémy, které si způsobuje aktivní kuřák sám.

Britský vědecký tým pro kouření a zdraví označil v roce 1983 působení pasivního kouření jako riziko pro těhotné ženy. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 270)

Experti WHO konstatují, že pasivní kouření způsobuje u dětí respirační onemocnění, infekce středního ucha, omezuje růst plic a snižuje plicní funkce. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 270)

Účinky pasivního kouření ukazují zvýšenou frekvenci respiračních infekcí u dětí exponovaných tomuto prostředí. (Sedláčková, Žižková 2007, s. 35-36)

Více než polovina těhotných žen pobývá v zakouřeném prostředí. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 35-36)

Nekuřačky vystavené tabákovému kouří během těhotenství mají děti s nižší porodní hmotností. Děti narozené nekuřačkám, jejichž partneři kouřili, vážily méně než děti narozené nekuřáckým párům. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Efekt mají i nízké hladiny expozice tabákovému kouří. Expozice ekvivalentní jednomu procentu dávky inhalované kuřákem vede k poklesu porodní váhy o 10% hodnoty zjištěné u aktivních kuřáček. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Z britské studie vyplývá, že děti narozené ženám s nejtěžší expozicí kouří byly o více než 70g lehčí než děti narozené ženám v nejméně vystavené skupině. (Peacock, Cook, Carey, 1998, pp. 647-656)

Ze studie v ČR vyplývá, že děti narozené ženám vystaveným tabákovému kouří během těhotenství jsou v průměru o 40 až 50g lehčí než děti narozené ženám, které nejsou kouří vystaveny. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 271)

Snížení porodní váhy způsobené pasivním kouřením v těhotenství nemusí být samo o sobě rizikem pro většinu dětí, zato může zhoršit zdravotní potíže u dětí s dalšími zdravotními problémy nebo rizikovými faktory. Těhotné ženy vystavené tabákovému kouří mají o 20% vyšší pravděpodobnost porodu dítěte s nízkou hmotností. (Peacock, Cook, Carey et al., 1998, pp. 647-656)

Podle studie mají ženy, vystavené pasivnímu kouření během těhotenství, vyšší riziko přechasného porodu a to o 23% při denní expozici. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

3.3 Účinky nikotinu na plod

Podle autorů je vliv na plod závislý na dávce, počtu cigaret, ale také dlouhodobý pobyt v zakouřeném prostředí představuje určité riziko. Kouření může přispět k předčasnému porodu a to v 14%. (Sedláčková, Žižková, 2007)

Podle autorů ženy, které přerušily kouření před třetím trimestrem, měly nižší podíl růstové retardace ve srovnání s těmi, které kouřit nepřestaly. Přestane-li těhotná kouřit v 7. až 8. měsíci, je patrný kladný efekt na fetální růst. (Sedláčková, Žižková, s. 2007, 35-36)

Britský vědecký tým pro kouření a zdraví uvedl v roce 1983, že kouření během těhotenství snižuje zárodečný růst. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 270)

Kouření poškozuje vývoj plodu i samotný porod. Kouření poškozuje vývoj plodu řadou mechanismů. Především jde o hypoxii, která je způsobena nejen nikotinem, ale i oxidem uhelnatým, obsaženým v kouři. Snižuje se transport krve k plodu, a tím i přívod kyslíku a dalších živin. Zvyšuje se hladina karboxyhemoglobinu v krvi matky i plodu. Podle autora se následkem toho zvyšuje počet erytrocytů, tím i viskozita krve a snižuje se rychlost průtoku krve placentou. Zvyšuje se sekrece katecholaminů s následnou vazokonstrikcí v placentě. Dále autor udává, že látky obsažené v tabákovém kouři vedle nikotinu poškozují placentu. Kancerogeny pronikají do plodu a zvyšují později sklon k malignímu bujení. (Kostiuk, 2013, s. 6-7)

Podle autorek Sedláčkové a Žižkové existuje spojení mezi kouřením a růstovou retardací plodu. Autoři uvádí, že kouření zpomaluje růst. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 35-36)

V průměru jsou děti kuřáček lehčí o 200 až 250g než děti nekuřáček. Čím více cigaret matka během těhotenství kouří, tím hůře plod roste a vyvíjí se. Tento snížený růst může vést k porodu dítěte, které je menší a nezralejší, než odpovídá jeho gestačnímu věku. Ženy, které během těhotenství kouří, mají třikrát vyšší riziko, že porodí dítě s nízkou porodní hmotností. (Králíková, Himmerová, 2004, 271)

Podle autorů má nikotin v těhotenství vliv kromě již uvedeného na rozštěpy patra a další vrozené vady, (Einarson, Rirdan, 2009)

Odhaduje se, že jedna třetina všech perinatálních úmrtí ve Spojeném království je způsobena kouřením. Čím větší množství cigaret vykouřených během těhotenství, tím větší riziko perinatálního úmrtí. Perinatální úmrtí zahrnuje jak porod mrtvého plodu, tak novorozenecké úmrtí. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 271)

Kuřáčky jsou náchylnější k porodu mrtvého plodu, uvedla studie ze Švédska. Studie se zúčastnilo 600 000 těhotných žen. Dle studie je riziko porodu mrtvého plodu vyšší o 40% u kuřáček než u nekuřáček. (Králíková, Himmerová, 2004)

3.4 Kouření a zdraví dětí

Poškození plodu způsobené kouřením během těhotenství může mít následky pro dítě po narození. Expozice pasivního kouření po narození navíc znamená další rizika v kojeneckém věku i později v dětství. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 245)

Děti kouřících matek bývají častěji postiženy *Syndromem náhlého úmrtí novorozence*, což je náhlé úmrtí jinak zdravého dítěte. Jednou z pravděpodobných příčin podle autora Příbyla je zástava dechu způsobená nezralostí dýchacího centra mozku novorozence. Uvádí, že látky z cigaretového kouře přispívají k zhoršení funkci tohoto centra. (Příbyl, 2009)

Syndrom náhlého úmrtí dítěte je náhlá nevysvětlitelná smrt dítěte v prvním roce života. K náhlému úmrtí nejčastěji dochází u dětí mezi dvěma až čtyřmi měsíci věku, často během spánku. Riziko náhlého úmrtí je trojnásobné u dětí, jejichž matky kouří jak během těhotenství tak po něm. Riziko roste s počtem vykouřených cigaret. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345-346)

Chang tvrdí, že děti, jejichž matky nekouřily během těhotenství, ale kouřily po porodu, měly 2krát vyšší pravděpodobnost Syndromu náhlého úmrtí novorozence než ty, jejichž matky nekouřily. (Chang et al., 2003)

Britský průzkum mrtvorozenosti a úmrtí kojenců odhadl, že v rodinách, kde kouřil jen otec, bylo riziko Syndromu náhlého úmrtí novorozence zvýšené 2,5krát a v rodinách, kde kouřili oba rodiče, bylo riziko zvýšené téměř 4krát. Dále průzkum uvedl, že riziko roste s počtem vykouřených cigaret v domácnosti. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 346)

Bylo zjištěno, že děti narozené matkám, které kouří, jsou asi o 40% náchylnější k úmrtí během prvních čtyř týdnů života než děti narozené nekuřačkám. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 346)

V časném dětství dochází k zpomalenému růstu, dále vyšší dráždivost, poruchy spánku, poruchy pozornosti, zhoršená soběstačnost a nižší sebeovládání. V dospívání pak poruchy chování, antisociální tendence a vyšší riziko kouření. (Cornelius, Day, 2009)

Kouření zvyšuje výskyt zhoubných nádorů v dětství. Nejčastěji jsou to nádory mozku, leukémie a lymfomy. (Příbyl, 2009)

Autoři článku Nešpor a Scheansová citují, že tabákový kouř zvyšuje riziko respiračních a ušních infekcí. Hrubá dále upozorňuje, že kouření zvyšuje riziko kardiovaskulárního onemocnění u dítěte. (Nešpor, Scheansová, 2011, s. 340)

Kouření matky během těhotenství nepříznivě ovlivňuje plicní funkce u zdravých novorozenců. Kojenci narození matkám, které kouří, mají sníženou funkci plic oproti dětem nekuřáček. Tato snížená funkce přetrvává dál do dětství. Pasivní expozice tabákového kouře během dětství bývá spojena s pomalejším vzrůstem plicních funkcí. (Králíková, Himmerová 2004, s. 346)

Pasivní kouření může způsobit astma u dětí a zvýšit závažnost stavu u těch, které jsou již postiženy. Děti vystavené tabákovému kouři také mají zvýšené riziko dýchacích symptomů, jako je dušnost, hlen, kašel a sípot. Kouření rodičů je příčinou nemocí dolních dýchacích cest u dětí včetně bronchitidy, bronchiolitidy a pneumonie. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

U dětí kuřáček jsou podle Příbyla častější alergie. Po narození a v prvních letech života mívají děti kožní ekzémy a astma dvakrát častěji než děti nekuřáček. (Příbyl, 2009)

Podle české studie mají děti kuřáků slabší výkon ve škole, než děti nekuřáků. Dále mají nižší skóre v testech včetně jazyka, trpí více hyperaktivitou a udrží pozornost kratší dobu než děti nekuřáček. Studie ukazuje, že záleží na dávce, s horším postižením při vyšší expozici. (Králíková, Himmerová, 2004, str. 346)

3.5 Nikotin a neplodnost

Podle autorů článku existují podklady o negativním vlivu nikotinu na fertilitu u mužů i u žen. (Nešpor, Scheansová, 2011, s. 340)

Autorky uvádí, že ženy, které kouří, jsou dvakrát častěji neplodné než nekuřáčky. Dále uvádí, že to platí i pro ženy pokoušející se otěhotnět poprvé (primární neplodnost), tak i pro ženy, které předtím již byly těhotné (sekundární neplodnost). (Králíková, Himmerová, 2004, s. 209)

Byla provedena studie, která hodnotila rizika různých typů neplodnosti. Dospělo se k závěru, že kuřačky mají větší riziko neplodnosti a to téměř třikrát častěji než nekuřačky.

Ženám, které kouří, trvá delší dobu, než otěhotní. Mezi kuřáky je šance na otěhotnění snížena o 10 až 40% na cyklus. Čím větší množství cigaret vykouří, tím déle ženě trvá, než dosáhne těhotenství. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 209)

Studie v Dánsku, které se zúčastnilo 11 000 žen zjistila, že ženy, které kouřily pět nebo více cigaret za den, měly 1,8 krát větší pravděpodobnost než nekuřačky, že budou na otěhotnění čekat déle než 12 měsíců. (Olsen, 1991)

Podle Kostiuka kouření zasahuje do produkce pohlavních hormonů, negativně ovlivňuje proces oplodnění vajíčka, jeho nidaci, inrauterinní vývoj plodu i samotný porod. (Kostiuk, 2013, s. 6-7)

Je prokázáno, že kouření zvyšuje riziko potratu. Autor uvádí, že bylo odhadnuto, že riziko potratů je o 25% vyšší.

Další studie, která byla provedena v Kanadě, které se zúčastnilo 60 000 žen, zjistila, že riziko potratu se zvětšuje s množstvím vykouřených cigaret. Tato studie uvedla, že vyšší riziko potratů bylo zjištěno mezi ženami, které vykouří méně než 9 cigaret za den. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 271)

Kouření také snižuje pravděpodobnost fertilizace, implantace a úspěšného těhotenství vzniklého pomocí asistované reprodukce.

Byla provedena studie, která zkoumala úspěšnost asistované reprodukce u žen. Bylo prokázáno, že kouření snižuje úspěch jak in vitro fertilizace (IVF) tak intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI). Vliv na to mají i kuřáci partneři. Bylo zjištěno, že ženy kuřačky, které měly partnera nekuřáka otěhotněly pomocí ICSI v 38%. Zatímco ženy, kdy i jejich partner kouřil úspěšnost ICSI klesla na 22%. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 209)

Jiná studie zkoumala účinek současného a bývalého kouření u mužů a žen na úspěch léčby neplodnosti. Studie se prováděla mezi páry, kde jeden nebo oba partneři někdy kouřili. Riziko neschopnosti dosáhnout těhotenství u nich bylo 2,4 krát vyšší než u

párů, kde žádný partner nikdy nekouřil. U párů, kde jeden z partnerů kouřil víc než pět roků, riziko neschopnosti dosáhnout těhotenství bylo 4,2krát vyšší než u párů, kde žádný partner nikdy nekouřil. Bylo zjištěno, že ženy, které kouřily, produkovaly o 40% méně vajíček než nekuřačky a u mužů, kteří kouřili, IVF měla o 46% menší šanci na úspěch. (Králíková, Himmerová, 2004, str. 209)

Účinek kouření na plodnost se jeví jako reverzibilní. Autorky uvádí, že většina provedených studií ukazuje, že ženy, které přestaly kouřit, otěhotní stejně rychle jako ženy, které nikdy nekouřily. Zanechání kouření také zlepší počet spermií a jejich kvalitu. (Králíková, Himmerová, 2004)

Kouření podle autorů je spojeno se zvýšeným rizikem mimoděložního těhotenství. Studie shledaly, že u žen, které kouří, je riziko mimoděložního těhotenství zvýšené 1,5 až 2,5krát. Zjistili, že toto riziko je významné dokonce i při malém počtu kouřených cigaret. Ve studii bylo zjištěno, že mezi ženami kouřícími 1 až 5 cigaret denně je riziko mimoděložního těhotenství o 60% vyšší než u nekuřaček. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 270-271)

Zpráva o kouření lékaře USA v roce 2001 o kouření a zdraví žen identifikoval kouření jako příčinu menstruačních poruch, mimoděložního těhotenství, neplodnosti a časně menopauzy a uvádí, že kouření mění metabolismus sexuálních hormonů u žen. (Králíková, Himmerová, 2004)

Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny uvedla v roce 2002 (IARC) při WHO a došla k závěru, že kouření je jednou z příčin invazivního karcinomu cervixu. (IARC, 2002)

3.6 Kouření a ostatní účinky na reprodukční zdraví žen

Do této skupiny patří rakovina prsu, děložní myomy, rakovina endometria endometrióza. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345)

Ačkoli bylo kouření v některých studiích označeno jako rizikový faktor pro rakovinu prsu u žen, nedávná analýza dostupných pramenů Mezinárodní agenturou pro rakovinu při WHO (the WHO International Agency for Cancer) dospěla k závěru, že kouření tabáku nezpůsobuje rakovinu prsu ani před ní nechrání.

Děložní myomy jsou benigní výrůstky svaloviny děložní stěny. Předpokládá se, že jsou estrogen-dependentní. Některé studie naznačují, že riziko myomů může být sníženo u kuřáček, bylo usouzeno, že tyto závěry jsou neprůkazné.

Ve zprávě uvádí Britská vědecká komise pro kouření a zdraví, že riziko rakoviny endometria bylo sníženo u žen, které kouřily. Zpráva také zdůraznila, že počet úmrtí na rakovinu endometria, ke kterým nedošlo díky kouření, byl maximálně 100 žen, zatímco počet úmrtí zaviněných kouřením dosahuje každým rokem u žen ve Spojeném království téměř 40 000. V hodnocení Mezinárodní agentura pro rakovinu při WHO konstatuje, že kouření cigaret je spojeno s 20 až 50% poklesem rizika rakoviny endometria.

Endometrióza je stav, kdy endometriální tkáň, která normálně vystýlá dělohu, roste mimo dělohu. Tento stav je spojen s bolestí během menstruace a v závažných případech s neplodností. Některé studie spojují kouření se sníženým rizikem endometriózy, ale tento důkaz není přesvědčivý. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345)

3.7 Kouření a laktace

Kojení má význam pro zdraví dítěte i matky. Kuřáčky kojí méně často než nekuřáčky a kojí kratší dobu. Autorky udávají, že čím je silnější kuřáčka, tím dříve je dítě odstavené. Toto platí i při zohlednění sociálního statutu matky. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345)

Při kojení je podle autora Kostiuka koncentrace nikotinu v mateřském mléce vyšší než v krvi matky. Nikotin způsobuje snížení produkce mléka přibližně o třetinu. U kojence způsobuje zvracení, zatížení jater a ledvin, pomalý růst, alergie, zvýšené riziko syndromu náhlé smrti. Kouření matky u dítěte vyvolává abstinční příznaky, vznik závislosti v pozdějším věku, zhoršení neuropsychického vývoje. (Kostiuk, 2013, s. 6-7)

Matky, které kouří, produkují méně mléka než matky, které nekouří. Je to o více než 250 ml/den méně.

Složení mléka může být ovlivněno. Podle jedné studie obsahovalo mléko matek, které kouřily, méně lipidů než mléko nekuřaček. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345)

Kojení ovlivňuje i pasivní kouření. Nekuřačky vystavené tabákovému kouří přestávají kojit dříve než nekuřačky, které se v zakouřeném prostředí nevyskytují. (Králíková, Himmerová 2004, s. 345)

Účinek kouření na kojení může být zprostředkován vlivem nikotinu na regulaci prolaktinu. Prolaktin je nezbytný pro zahájení a udržování produkce mléka matkou. Kojící ženy, které kouří, mají nižší hladinu prolaktinu než ty, které nekouří. Ukázalo se, že nikotin snižuje produkci prolaktinu. Je pravděpodobné, že u matek, které kouří, je produkce prolaktinu snižena. To vede k menším zásobám mléka a zvýšené pravděpodobnosti předčasného odstavení. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 345)

3.8 Zanechání kouření v těhotenství

Je důležité si uvědomit, že nikdy není pozdě na to přestat kouřit. Pokud těhotná žena zanechá kouření během prvního trimestru, má riziko patologického průběhu těhotenství a vývoje plodu stejná jako žena, která nikdy nekouřila. (Příbyl, 2009)

Zanechání kouření omezí riziko nepříznivých účinků kouření na těhotenství.

Ženy, které přestanou kouřit během těhotenství, mají nižší riziko placentárních komplikací než ty, které pokračují v kouření. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Zanechání kouření v těhotenství omezí riziko předčasného porodu na výši patrnou u nekuřaček. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Dále zanechání kouření omezí riziko nízké porodní hmotnosti a perinatálního úmrtí. Tímto se zabývala studie, kde bylo zjištěno, že pokud těhotná žena přestala kouřit v prvním trimestru těhotenství, je průměrná hmotnost a perinatální míra úmrtnosti mezi dětmi, jejichž matky přestaly kouřit totožná jako u dětí, jejichž matky nikdy nekouřily. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Zanechání kouření během těhotenství dále omezuje riziko onemocnění dítěte. Dle studie jen 8,8% dětí, jejichž matky přestaly kouřit, potřebovalo nemocniční péči

v prvním měsíci života, ve srovnání s 11,4% dětí, jejichž matky pokračují v kouření. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Randomizované klinické studie pro zanechání kouření zjistili pozitivní vliv zanechání kouření na porodní váhu. (Králíková, Himmerová, 2004, s. 272)

Většina studií ukazují, že kouření v posledních třech měsících těhotenství, kdy plod roste nejrychleji, je zvláště rizikové pro nízkou porodní hmotnost. (Králíková, Himmerová, str. 272, 2004)

Další studie ukázaly, že i snížení počtu vykouřených cigaret snižuje riziko nízké porodní hmotnosti. (Králíková E., Himmerová, 2004, s. 272)

4 Novorozenecký abstinenční syndrom (NAS)

Jedná se o soubor příznaků vyskytujících se u novorozence způsobený drogou. Můžeme se s ním setkat v 50 až 90% dětí matek, které v těhotenství užívaly drogy.

Nástup příznaků je individuální. Závisí na typu užívané drogy a na gestačním věku novorozence. (Stará, Lesná, Fencel, Bláhová, 2009)

Binder uvádí, že příznaky abstinenčního syndromu novorozence se objevují za 24 až 48 hodin po porodu.

Dále Binder uvedl, že se před několika lety odhadovalo, že se v ČR ročně narodí drogově závislým ženám asi stovka těchto dětí. (Binder, 2007)

Tabulka č. 2, Drogy vyvolávající novorozenecký abstinenční syndrom

Opiáty	Ostatní drogy
Kodein	Barbituráty
Heroin/metadon	Kofein
Ostatní narkotika (morfin...)	Kokain
Pentazocin	Diazepam
Propoxyfen	Etanol
	Marihuana
	Nikotin

(Vavřínková, Binder, 2006, s. 69)

U novorozence se v séru přítomnost drogy vyskytuje ještě několik hodin až dnů po porodu. Příznaky mohou přetrvávat 3 až 4 měsíce po porodu.

70% novorozenců s NAS má příznaky poruchy CNS, 50% novorozenců má tachypnoe, apnoické pauzy a problémy s příjmem potravy.

Diagnóza NAS zahrnuje zjištění určitého chování, kdy se mohou manifestovat poruchy gastrointestiálního, respiračního traktu a nervového systému.

CNS, hlavním znakem je dráždivost novorozence, může docházet ke křečím. Další příznaky jsou zvýšený tonus svalstva, zívání, kýčání, neklid, třes, nekoordinované pohyby úst a očí, křik. Období spánku jsou krátká.

GIT, reaguje novorozenec poruchami sání, polykání, zvracením a průjmy.

Respirační trakt, zde se jedná o sekreci z nosu, ucpaný nos, zrychlené dýchání, dyspnoe, cyanóza, aspirační pneumonie a apnoické pauzy.

Vegetativní nervový systém se projevuje teplotami, tachykardií, pocením a poruchami prokrvení kůže. (Vavřínková, Binder, 2006, s. 69-70)

Závěr

Závislost se svými následky není pouze zdravotnickým problémem. Na její vznik a šíření se podílí široká škála problémů jak v oblasti sociální, tak ekonomické. Novorozenci, kteří se narodí závislým matkám, jsou většinou adepty na pobyt v kojeneckém ústavu či jiných zařízeních. Tyto děti mohou být umístěny do pěstounské péče či adopce. V případě, že dojde ke zlepšení podmínek v původní rodině, tyto děti mohou být navraceny zpět. (Sedláčková K., Žižková B., str. 75, 2007)

V práci jsem se zaměřila alkohol a kouření v těhotenství. Je alarmující zjištění, že nikotin je nejčastější užívanou návykovou látkou v těhotenství a alkohol se řadí na třetí místo častosti užívání v těhotenství.

Mým cílem bylo zjistit vliv alkoholu a nikotinu na těhotenství, plod a novorozence.

Co se týká prvního cíle a to alkoholu v těhotenství, zjistila jsem, že žen konzumujících alkohol v těhotenství stále přibývá. Česká republika má nadprůměrnou konzumaci alkoholu. U nás pravidelně alkohol konzumuje 5% žen. Mnoho žen netuší, jaký vliv má alkohol na plod a tuto problematiku podceňují. To je dáno tím, že je u nás málo preventivních programů, které se touto problematikou zabývají. Lidé si neuvědomují, že alkohol způsobuje polovinu všech úmrtí. Zjistila jsem, že u nás pokračuje s pitím alkoholu v těhotenství 1/3 žen. Alkohol má vliv i na plod. Záleží na množství konzumace alkoholu. Může se jednat o mírnou poruchu až závažné poruchy. Právě proto mnoho autorů doporučuje abstinenci alkoholu v těhotenství a to i v době, kdy těhotenství plánují. Nejvíce náchylný je plod na začátku těhotenství, kdy žena o těhotenství ještě nemusí vědět. Mnoho žen si neuvědomuje, že alkohol má zvýšený vliv na neplodnost, poruchu vaječnicků, snížení pohlavních hormonů a může vést k potratům. Alkohol má vliv i na kojení. Alkohol se vylučuje do mateřského mléka a může způsobit sníženou produkci mléka, má vliv na kojené děti, které jsou alkoholem utlumené a trpí poruchami spánku. Závislost na alkoholu v těhotenství lze léčit a tím snížit škody, které může alkohol způsobit. Léčba je úspěšná tehdy, kdy má žena dobré rodinné a sociální zázemí. Důležitou součástí je, že žena s alkoholismem chce sama skončit. Autoři uvádí, že v České republice dokončuje léčebný program 80% žen.

Druhým cílem bylo zjistit vliv nikotinu na těhotenství a plod. Autoři uvádí, že v době těhotenství kouří 20 až 25% žen. Převážně se jedná o ženy svobodné, s nižším vzděláním, nezaměstnané, mladé a s nižší životní situací. Ženy si neuvědomují, že plodu škodí i pasivní kouření. Je alarmující, že asi polovina žen v těhotenství pobývá v zakouřeném prostředí. Přitom pasivní kouření může způsobovat větší škody, než si kuřák způsobuje sám. Vliv na plod je závislý na dávce, počtu cigaret, a pobytu v zakouřeném prostředí. Nikotin způsobuje řadu onemocnění u plodu, kam patří např. respirační onemocnění, snížená porodní hmotnost a způsobuje předčasný porod. Děti kuřáků jsou ohroženy Syndromem náhlého úmrtí novorozence. U těchto dětí vystavovaných nikotinu se vyskytují další problémy i v dětství, jako je např. zhoršený výkon ve škole. Nikotin způsobuje sníženou fertilitu, trvá déle, než žena otěhotní, negativně ovlivňuje proces oplodnění vajíčka, jeho nidaci, vývoj plodu i samotný porod, způsobuje zvýšené riziko mimoděložního těhotenství a nižší úspěšnost asistované reprodukce u žen. Dále má kouření vliv na reprodukční zdraví ženy a to převážně na rakovinu prsu, děložní myomy, rakovinu endometria a endometriózu. U žen, které kouří, může být ovlivněno složení mateřského mléka i jeho množství. Uvádí se, že ženy kuřačky produkují méně mléka než nekuřačky. Dále se nikotin dostává do mateřského mléka. Je zdůrazněno, že žena by si měla uvědomit, že nikdy není pozdě na přestání kouření. Pokud žena přestane kouřit v prvním trimestru, je velká šance, že bude mít stejný průběh těhotenství, jako ženy nekuřačky.

Použitá literatura

Vavřínková, B., Binder, T., *Návykové látky v těhotenství*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2006. 122s. ISBN 80-7254-829-8.

Nechanská, B., Mravčík, V., Sopko, B., *Česká gynekologie*. Časopis Česká gynekologie. 2012, roč. 77, č. 5, s. 457-469. ISBN 1210-4455.

Dumas, A., Lejuene, C., Simmat-Durand, L., et al., 2008. Pregnancy and psychoactives substances: prevalence study based on the declared consumption. pp. 770-778. ISBN nevedeno.

Gyarmathy, VA., Giraudon, I., Hedrich, D., et al., 2009. Drug use and pregnancy – challenges for public health. Euro Surveill. pp.33-36. ISBN nevedeno.

Hotham, E., Ali, J., Robinson, J., 2008. Pregnancy-related ganges in Tobago, alcohol and cannabis use reported by antenatal patients at two public hospitals in South Australia. pp. 248-254. ISBN nevedeno.

Lamy, S., Thibaut, F., 2010. État des Linux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. pp. 33-38. ISBN nevedeno.

Schmidtová, J. 2011., Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. Časopis Lékařské listy. 2011, roč. 60, č. 10, s. 27-29. ISBN nevedeno.

Nešpor, K., Csémy, L., 2005. Alkohol v těhotenství. Časopis lékařů českých. 2005, roč. 144, č. 10, s. 704-705. ISBN 0008-7335.

May, P. A., Gossage, J. P., 2001. Estimating the prevalence of Fetal alcohol Syndrome. pp. 159-167.

Burd, L., Klug, M. G., Martsolf, J. T., Kerbeshian, J., 2001. Fetal alcohol syndrome. pp. 697-705. ISBN nevedeno.

Astry, S. J., 2004. Fetal alcohol syndrome preventiv in Washington State: evidence of Access. pp. 344-351. ISBN nevedeno.

Hankin, J. H., 2002. Fetal Alcohol Syndrome Prevention Research. pp. 58-65. ISBN neuvedeno.

Nešpor, K., 2010. Návykové látky a jejich léčba u žen. [online].2010. Dostupné z:[www:alkoholik.cz](http://www.alkoholik.cz).

Sandorová, R., Samková, J., Holejšovský, J., 2006. Droga jménem alkohol. Časopis Kontakt. 2006. Roč. 8, č. 2, str. 358-365. ISBN 1212-4122

Nešpor, K., 2008. Prevence škod působených alkoholem v těhotenství je možná. Časopis Revue Česká lékařská akademie. 2008, roč. 4, č. 4, str. 32-33. ISBN 1214-8881

Ornoy, A., Erzag, Z., 2010. Alcohol abuse in pregnant women:effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. pp. 364-379. ISBN neuvedeno.

Sedláčková, K., Žižková, BV. 2007. Užívání psychoaktivních látek v těhotenství. Prevence úrazů, otrav a násilí. 2007, roč. 3, č. 1, s. 71-76. ISSN 4801-0261

Novotný, J. B., Novotný Z. 2009. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. Česko-slovenská Pediatrie. 2009, roč. 64, č. 4, s- 251-256. ISSN neuvedeno.

Schmidtová, J. 2011. Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. [online]. 2011. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/abuzus-alkoholu-v-tehotenstvi-a-jeho-dusledky-462791>

Sedláčková, K., Žižková, B. 2007. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. Sestra. 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 35-36. ISSN 1010-0404.

Seemanová, E. 2013. Fetální alkoholový syndrom. Revue České lékařské akademie. 2013, roč. 9, č. 9, s. 23-24, ISSN 1214-8881.

Nešpor, K. 2010. Návykové látky a jejich léčba u žen. [online]. 2010. Dostupné z: www.alkoholik.cz

Nešpor, K., Csémy L. 2005. Alkohol v těhotenství. Časopis lékařů českých. 2005, roč. 144, č. 10, s. 704-705, ISSN 0008-7335.

Kostiuk, P. 2013. Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. Farmi news. 2013, roč. 11, č. 3, s. 6-7, ISSN 1214-5017.

Příbyl, K. 2009. Kouření v těhotenství. [online]. 2009. Dostupné z: <http://www.Gynekologiepribyl.cz/news/koureni-v-tehotenstvi>

Nešpor, K., Scheansová. 2011. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. Časopis lékařů českých. 2011, roč. 150, s. 339-343, ISSN 0008-7335.

Schmidtová, J., 2007. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). Adiktologie. 2007, roč. 7, č. 3, s. 353-361, ISSN neuvedeno.

Burd, L., Klug, M. G., Martsof, J., T., Kerbeshian, J., 2003. Fetal alcohol syndrome: neuropsychiatric phenomics. Neurotoxicol, Teratol. Ppp. 58-65.

Mateja, WA, Nelson, DB., Kroelinger, CD., et al. 2011. The association between maternal alcohol use and smoking in early pregnancy and congenital cardiac defects in infants.

Pealock, J. L., Cook, D. G., Carey, I. M. et al. 1998. Maternal choline level during pregnancy and birth-weight for gestational age international Journal of epidemiology. pp. 647-656.

Králíková, E., Himmerová, V. 2004. Kouření a reprodukce. 1. Část: Kouření a sexuální zdraví. Časopis lékařů českých. 2004, roč. 143, č. 3, s. 207-210. ISSN 0008-7335.

Králíková, E., Himmerová, V. 2004. Kouření a reprodukce. 2. Část: Kouření a těhotenství. Časopis lékařů českých. 2004, roč. 143, č. 4, s. 270-273. ISSN 0008-7335.

Králíková, E., Himmerová, V. 2004. Kouření a reprodukce. 3. Část: Ostatní vlivy kouření na reprodukci a zdraví dítěte. Časopis lékařů českých. 2004, roč. 143, č. 5, s. 344-347. ISSN 0008-7335.

Jacobson, j. L., Jacobson, S. W. 1999. Drinking moderately and pregnancy. Alcohol Res. Health. pp. 25-36.

Nechanská, B., Mravčík, V., Sopko, B. 2012. Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. Česká gynekologie. 2012, roč. 77, č. 5, s. 457-469. ISSN 1210-7832.

Schmidtová, J. 2011. Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. Lékařské listy. 2011, roč. 60, č. 9, s. 27-29. ISSN nevedeno.

Hamanová, J., Csémy, L. 2010. Prenatální účinky alkoholu. Česko-slovenská Pediatrie. 2010, roč. 65, č. 10, s. 606-612. ISSN nevedeno.

Caprara, DL., Klein, J., Koren, G. 2006. Diagnosis of fetal alcohol spektrum sisorder (FASD). Fatty axid ethyl esters and neonatal hair analysis. pp. 39-45.

Upshur, R. 2002. Fetální alkoholový syndrom. Medicína. 2002, roč. 9, č. 4, s. 21. ISSN nevedeno.

Seznam příloh

Příloha č. 1, Dotazník TWEAK

Příloha č. 2, Fatální alkoholový syndrom

Příloha č. 3, MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Příloha č. 1

Dotazník TWEAK

Co je to TWEAK?

Jedná se o dotazník, který odhaluje alkoholismus nebo nadměrné pití alkoholu u člověka.

Proč zrovna TWEAK?

Jedná se o zkratku z počátečních písmen jednotlivých otázek.

- Tolerance (tolerance)
- Worry (obavy)
- Eye opener (ranní pití)
- Amnesia (amnésie)
- Cut down (přestat)

Tabulka č. 3, Dotazník Tweak

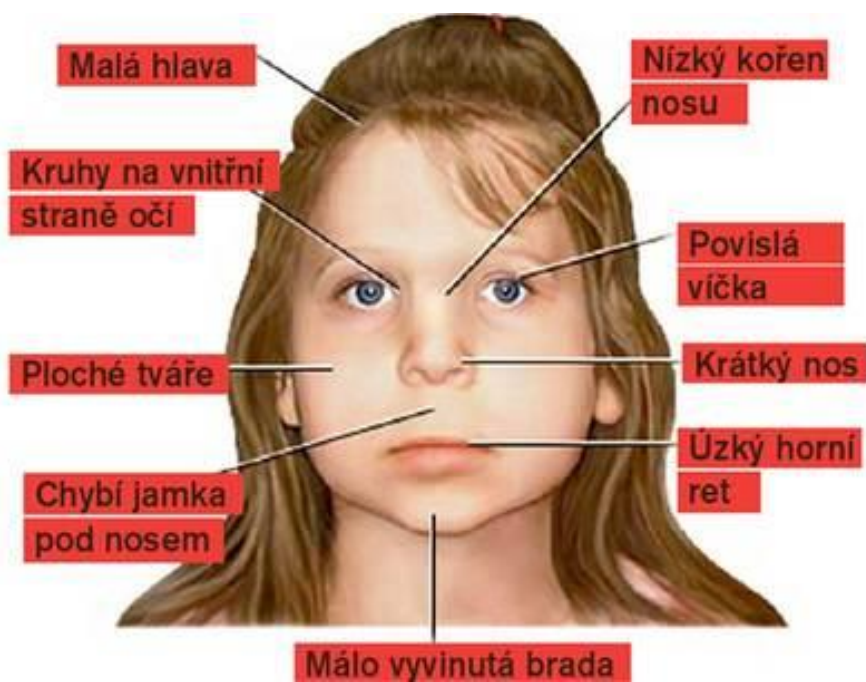
Sledujeme	Otázka	Bodů
Tolerance	Kolik alkoholu musíte pít, abyste se cítila v „povznesené náladě“?	více než pět „drinků“ = 2 body
Obavy	Máte blízké přátele, kteří dali v poslední době najevo znepokojení z Vašeho pití?	ano = 2 body
Ranní pití	Dáte si někdy „sklenku po ránu“?	ano = 1 bod
Amnésie	Měla jste někdy na dobu pití tzv. „okno“?	ano = 1 bod
Přestat	Přemýšlíte někdy o tom, že byste měla přestat pít?	ano = 1 bod

Vyhodnocení: Má-li některá z pacientek skóre vyšší než 5 bodů indikuje rizikové pití v těhotenství.

Jeden drink je definován jako nápoj, obsahující 15 gramů alkoholu (např. 360 ml. piva, 150 ml. vína nebo 45 ml. tvrdého alkoholu. (Novotný J. B., Novotný Z., str. 254-255, 2009)

Příloha č. 2

Obrázek č. 1, Fetální alkoholový syndrom - foto



(Zdroj:

http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html)

Příloha č. 3

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Narodil se v Karlových Varech 24. 8. 1952

V roce 1976 ukončil studia na Lékařské fakultě Univerzity v Plzni. V roce 1981 vykonal atestaci z psychiatrie. V roce 1984 dále speciální atestaci pro obor léčení návykových nemocí. V roce 1987 završil dlouhodobý výcvik v psychoterapii. V roce 1992 získal vědeckou hodnost kandidáta věd (CSc.). (Zdroj: <http://www.spisovatele.cz/mudr-karel-nespor>)

Napsal více jak 30 knih o léčení návykových nemocí, józe a relaxaci a dvě publikované knihy básní. Napsal také přes stovku článků, které publikoval jak u nás, tak i v zahraničí.

Karel Nešpor od roku 1991 pracuje jako primář mužského oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice. Dále přednáší na katedře návykových nemocí Institutu pro vzdělávání zdravotníků.

Do roku 2006 působil ve funkci vědeckého sekretáře Společnosti návykových nemocí České lékařské společnosti, byl i koordinátorem Evropského akčního plánu o alkoholu SZO pro Českou republiku.

(Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Karel_Ne%C5%A1por)

Obrázek č. 2, MUDr. Karel Nešpor, CSc.



Zdroj: <http://www.spisovatele.cz/mudr-karel-nespor>