UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Zuzana Žádníková

Informovanost žáků středních škol o vlivu rizikových faktorů na vývoj plodu v těhotenství a následné péči pro rodiny s dítětem s postižením

Olomouc 2019 Vedoucí práce: prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 11. 4. 2019 Podpis ……..

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce prof. PhDr. PaedDr. Miloni Potměšilovi, Ph.D. za cenné rady při tvorbě práce a také za pomoc při realizaci výzkumu. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a pracovníkům škol, kteří mi umožnili realizaci mé besedy a dovolili tak vzniknout této práci.

Na závěr děkuji svým blízkým za bezmeznou pomoc a podporu.

Obsah

Úvod 7

TEORETICKÁ ČÁST 8

1 Statistické údaje pro ČR 9

1.1 Žáci základních škol se zdravotním postižením 9

1.2 Živě narození 10

1.2.1 Vzdělání matky 10

1.2.2 Porodní hmotnost 10

1.2.3 Úhrnná plodnost 10

1.3 Mrtvorození a zemřelí do 1 roku 11

1.3.1 Mrtvě narození 11

1.3.2 Zemřelí do 1 roku 11

1.4 Vrozené vady v ČR 11

1.4.1 Prenatální diagnostika 12

2 Závislost 13

2.1 Situace v ČR 14

2.1.1 Alkohol 14

2.1.2 Kouření 15

2.1.3 Nelegální drogy 16

2.2 Drogy a ženy 16

2.3 Závislost na kofeinu 17

2.4 Alkoholová závislost 17

2.4.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod 17

2.4.2 Fetální alkoholový syndrom 18

2.5 Kouření 20

2.5.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod 20

2.5.2 Syndrom náhlého úmrtí kojence 20

2.5.3 Onemocnění a poruchy v pozdějším věku predikovaná kouřením v těhotenství 21

2.6 Ilegální drogy 21

2.6.1 Opioidy 22

2.6.2 Stimulační drogy 23

2.6.3 Halucinogenní drogy 24

2.6.4 Kanabinoidy 24

2.6.5 Těkavé látky 25

2.6.6 Novorozenecký abstinenční syndrom 25

2.6.7 Možnosti léčby a substituce v průběhu těhotenství drogově závislé ženy 27

3 Léky 29

3.1 Účinky jednotlivých teratogenů 30

3.2 Zásady při předepisování a užívání léků v těhotenství 30

4 Výživa v těhotenství 32

4.1 Tuky 32

4.2 Bílkoviny 33

4.3 Cukry 33

4.4 Vitamíny ... 33
4.4.1 Vitamín A ... 34
4.4.2 Vitamín C ... 34
4.4.3 Vitamín D ... 34
4.4.4 Vitamín E ... 34
4.4.5 Vitamíny skupiny B ... 34
4.5 Minerály ... 35
4.5.1 Železo ... 35
4.5.2 Hořčík ... 35
4.5.3 Vápník ... 35
4.5.4 Zinek ... 35
4.5.5 Jód ... 35
4.5.6 Selen ... 35
4.6 Tekutiny ... 35
5 Věk ... 37
5.1 Vývoj v České republice ... 37
5.2 Rizika v těhotenství spojená s vysokým věkem matky ... 38
5.3 Vysoký věk otce ... 38
6 Péče o rodiny s postiženým dítětem v raném věku ... 39
6.1 Zásady intervence v raném věku ... 39
6.2 Raná péče ... 39
6.3 Systém edukace a poradenský systém ... 40
7 Výzkumy ... 41
VÝZKUMNÁ ČÁST ... 42
8 Cíle práce a výzkumné otázky ... 43
8.1 Výzkumné otázky ... 43
8.2 Metody výzkumného šetření ... 43
8.2.1 Volba výzkumné metody ... 43
8.3 Charakteristika výzkumného souboru ... 44
8.4 Realizace výzkumu ... 45
9 Výsledky výzkumu ... 46
9.1.1 Gymnázium ... 46
9.1.2 Střední odborná škola ... 49
9.1.3 Střední škola ... 52
9.1.4 Komparace výsledků ... 54
9.1.5 Zodpovězení výzkumných otázek ... 56
10 Diskuze ... 59
10.1 Výsledky výzkumu ... 59
10.2 Limity metodologie a výzkumného souboru ... 61
10.3 Perspektivy dalšího bádání ... 61
Závěr ... 62
Seznam zkratek ... 63

Seznam použitých zdrojů a literatury 64
Seznam tabulek a grafů..... 68
Seznam příloh 69

Úvod

V současné době je dostupné velké množství informací a získat alespoň obecný, a přesto pravdivý náhled o určité problematice může být velmi zdlouhavý proces. Škola by měla být místem, kde se člověk informace dozvídá, ale zároveň kde je v něm probouzena touha si informace rozšiřovat. Problematika rizikových faktorů v těhotenství však mnohdy ve výukovém plánu chybí, nebo na ní nezbývá čas a téma narození dítěte s postižením či jaké jsou možnosti péče o rodiny s postiženým dítětem se často nevyskytuje vůbec. Žáci pak nejsou motivováni k tomu, se v této oblasti vzdělávat a zůstávají se základním poznatkem, že v těhotenství se nemá kouřit, pít alkohol a brát drogy.

Ovšem tato problematika má mnohem hlubší rozměr. Mnoho faktorů, kterým je žena v těhotenství vystavena, může mít velký vliv na pozdější život a zdraví dítěte i matky a její informovanost může předcházet mnohým potížím.

V teoretické části práce se budu věnovat jednotlivým rizikovým faktorům. Vzhledem k cílové výzkumné skupině jsem volila takové, které jsou pro ni aktuální a zajímavé. Zaměřila jsem se tedy nejvíce na problematiku legálních a nelegálních drog se kterými, nebo alespoň s částí, často přijde člověk do kontaktu ještě před dovršením plnoletosti. Dále se zaměřím na problematiku léčiv, stravy a věku rodičů. Poslední 2 kapitoly se věnují systému péče a podpory pro rodiny s postiženým dítětem, systému vzdělávání a také podobným výzkumům, které byly provedeny jak v České republice, tak v zahraničí.

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jaké jsou vědomosti a názory žáků vybraných středních škol o problematice předložené v části teoretické. Realizace výzkumu proběhne skrze besedy na školách přímo se žáky, na které jim bude téma představeno. V rámci besedy proběhne dotazníkové šetření, které se zaměří nejenom na vědomosti a názory o rizikových faktorech v těhotenství, ale také na názory o dosavadní výuce o tomto tématu a jak velkou váhu by mu školy měly věnovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Statistické údaje pro ČR

Dle šetření, které proběhlo v roce 2013, je v České republice 1 077 673 osob se zdravotním postižením. Nejvyšší výskyt byl ve věkové kategorii 60–74 let a 75 let a více. Jejich podíl z celkového počtu byl 58,6 %. Další početnou skupinu tvořila věková kategorie 45–59 let s 19,2 %. (Kotýnek, 2014)

Od roku 2006, kdy bylo provedeno první šetření, se počet osob se zdravotním postižením zvýšil o 0,3 %. U žen se počet zvýšil o 0,6 % u mužů o 0,1 %. Autor dále uvádí že: „*Při porovnání výsledků obou dosud realizovaných šetření vyšlo najevo, že se liší jak ve struktuře věku, tak i pohlaví. Použijeme-li ke srovnání rozdílových hodnot procentní body, pak u mužů došlo k nárůstu pouze ve věkových skupinách do 29 let, zatímco u ostatních věkových skupin došlo k poklesu. U žen byl zjištěn nárůst pouze ve věkových skupinách do 44 let a 75+, u ostatních věkových skupin (45 až 59, 60 až 74 let) naopak došlo k poklesu.“* (Kotýnek, 2014, s. 18)

S 41,9 % bylo nejvíce zastoupeno vnitřní zdravotní postižení, dále s 29,2 % tělesné postižení a dále bylo mentální postižení. Jako rozhodující příčinu zdravotního postižení byla v 64,7 % uváděna nemoc, poté vrozené postižení s 9,4 % a 5,5 % zastupoval úraz. V rámci míry postižení bylo nejčastěji zastoupeno středně těžké zdravotní postižení se 40,8 %, dále lehké zdravotní postižení s 29,1 %, těžké zdravotní postižení s 19,7 % a velmi těžké zdravotní postižení s 5,8 %. (ČSÚ, 2014)

1.1 Žáci základních škol se zdravotním postižením

V roce 2006 bylo na českých základních školách vzděláváno přes 80 tisíc žáků se zdravotním postižením. V následujících 5 letech se jejich počet snižoval až na 70 tisíc v roce 2011. V roce 2016 bylo na základních školách vzděláváno přes 78 tisíc žáků. 67 % zdravotně postižených žáků tvoří chlapci. Jejich počet je mírně stoupavý. (Watier, 2016)

Ve školním roce 2006/2007 se téměř 40 tisíc žáků se zdravotním postižením vzdělávalo v běžných třídách základních škol. Ve školním roce 2015/2016 bylo takto vzděláváno více než 49 tisíc. (tamtéž)

Ubývalo žáků s tělesným postižením, mentálním postižením. Naopak přibývali žáci s poruchami chování, jejich počet se mezi lety 2006 a 2016 více než ztrojnásobil. Také počet žáků s poruchami autistického spektra se v tomto období zvýšil. Dále dochází ke zvyšování počtu žáků s vadami řeči a s postižením více vadami. V počtu žáků se sluchovým postižením nedocházelo k významným změnám. (tamtéž)

1.2 Živě narození

V roce 2008 dosáhl počet živě narozených dětí svého vrcholu a to počtem 119 570 dětí. Vyšší hodnota byla zaznamenána naposledy v roce 1993 s počtem 121 025 živě narozených dětí. Od roku 2005 do roku 2008 počet živě narozených dětí stoupal. Od tohoto roku byl pozorován pokles až do roku 2013 kdy se narodilo 106 751 živých dětí. Poté byl zaznamenán opět vzrůst. V roce 2015 se narodilo 111 162 živých dětí. Poměr mezi narozenými chlapci a děvčaty se výrazně neměnil z hodnot 104 až 107 chlapců na 100 dívek. (ČSÚ, 2016)

Výrazná změna byla zaznamenána v rámci rodinného stavu matky. V roce 2005 byl podíl živě narozených dětí svobodné matce 25,2 % zatímco v roce 2015 byl již 42,3 % tedy nárůst z 25 753 na 46 887 živě narozených dětí. Počet živě narozených vdaným matkám naopak klesl z 68,3 % v roce 2005 na 52,2 % v roce 2015. U matek svobodných se v roce 2015 v 58 % jednalo o děti prvorozené. S rostoucí úrovní vzdělání matky, podíl živě narozených dětí mimo manželství klesá. (tamtéž)

Nejvyšší počet živě narozených byl v měsících červen, červenec, srpen a září. Nejnižší naopak v měsících listopad, prosinec a leden. (tamtéž)

1.2.1 Vzdělání matky

Nejvíce živě narozených dětí bylo mezi lety 2005–2015 u žen s dosaženým středoškolským vzděláním s maturitou. V tomto období je však patrná mírně klesavá tendence a to z 42,3 % na 40,5 %. Druhou nejpočetnější skupinou byly až do roku 2010 ženy s dosaženým středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky. Od roku 2011 jsou druhou nejpočetnější skupinou ženy s vysokoškolským vzděláním jejichž počet vzrostl od roku 2005 z 14,2 % na 29 % v roce 2014. (ČSÚ, 2016)

1.2.2 Porodní hmotnost

Porodní hmotnost se nejčastěji v České republice pohybuje mezi 3 000 – 3 499 gramy. Děti narozené v tomto rozmezí tvořily přibližně 38 % z celkového počtu. Podíl dětí narozených s porodní hmotností mezi 2 500 – 2 999 vzrostl z 16,4 % v roce 2005 na 18,1 % v roce 2013. Ve stejném období narost počet dětí s porodní hmotností 2 000 – 2 499 z 4,4 % na 5,2 %. Počet dětí narozených s porodní hmotností mezi 3 500 – 3 999 gramy se v tomto období snížil z 29,4 % na 27,1 %. (ČSÚ, 2016)

1.2.3 Úhrnná plodnost

„Vývoj úhrnné plodnosti (ukazatel intenzity plodnosti) nebyl v poslední dekádě zcela jednoznačný, v celkovém pohledu měl však rostoucí trend. Mezi roky 2005 až 2008 průměrný počet dětí na jednu ženu narostl z 1,28 na 1,50, poté dva roky stagnoval, aby se snížil na 1,43

v roce 2011. Od té doby vzrostl na hodnotu 1,57 v roce 2015. Úhrnná plodnost dosáhla v posledním sledovaném roce nejvyšší hodnoty od roku 1993.“ (ČSÚ, 2016, s. 17)

V roce 2016 dosáhla hodnota 1,63. Česká republika se řadí mezi země s nejnižší plodností společně s Itálií, Řeckem, Slovenskem, Chorvatskem či Portugalskem. Podobně nízká úhrnná plodnost je i v Německu či Švýcarsku. Nejvyšší úhrnnou porodní hmotnost v rámci Evropy mají země západní a severní Evropy jako je Francie, Irsko, Norsko či Dánsko. (ÚZIS ČR, 2017)

1.3 Mrtvorození a zemřelí do 1 roku

1.3.1 Mrtvě narození

Za mrtvě narozené dítě je považován plod, který neprojevuje po narození ani jednu známku života, má porodní hmotnost nejméně 500 gramů nebo je narozen po 22. dokončeném týdnu těhotenství a nelze-li délku těhotenství určit, je plod nejméně 25 cm dlouhý. O potratu se hovoří pokud plod váží méně než 500 g a pokud je těhotenství kratší než 22 týdnů. Do roku 2012 byly do potratů řazeny i plody s hmotností mezi 500–999 gramy. (ÚZIS ČR, 2017)

Je pozorován neustálý nárůst mrtvorozených. Největší nárůst byl zaznamenán mezi lety 2011 a 2012 kdy stoupl o 62 z 304 na 366 mrtvorozených. Mezi lety 2013 a 2014 byl nárůst na 392, mezi lety 2014 a 2015 stoupl na 398. Mezi lety 2015 a 2016 narostl počet mrtvorozených o 22, tedy na 420. Z tohoto počtu bylo 220 chlapců a 200 dívek. (tamtéž)

V průměru připadá 105,51 mrtvorozených chlapců na 100 mrtvorozených dívek. V roce 2016 připadalo 3,7 mrtvorozených na 1 000 narozených. (tamtéž)

1.3.2 Zemřelí do 1 roku

Kojenecká úmrtnost je v ČR velmi nízká. Je pozorován pokles od počátku 80. let minulého století. (ÚZIS ČR, 2017)

„V letech 2013–2015 zemřelo během prvního roku života 2,4 dětí na 1 000 živě narozených. V roce 2016 během tohoto období života zemřelo 2,8 dětí na 1 000 živě narozených a stejně jako v předešlých letech byla pozorována vyšší úmrtnost chlapců než dívek (z biologické podstaty), konkrétně 192 chlapců a 135 dívek v roce 2016.“ (ÚZIS ČR, 2017, s. 8-9)

Mezi nejčastější příčiny úmrtí kojenců jsou řazeny respirační poruchy, poruchy v souvislosti se zkrácením doby těhotenství a nízkou porodní hmotností a krvácivé stavy. Jako druhá nejčastější příčina jsou uváděny vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality. (tamtéž)

1.4 Vrozené vady v ČR

„V období od roku 2000 do roku 2015 se pohybuje incidence vrozených vad jako celku u narozených dětí v rozmezí 357 až 477 na 10 000 živě narozených, v roce 2015 to bylo 395

na 10 000 živě narozených. Podle jiného přepočtu tedy v rozmezí 3,6 až 4,8 % narozených dětí.“ (ÚZIS ČR, 2018, s. 9)

Nejvyšší počet vrozených vad byl v roce 2012 kdy se jednalo o 475 na 10 000 živě narozených dětí, přesně se jednalo o 5 161 případů. V dalších letech se výskyt snižoval. V roce 2013 bylo 4 629 narozených dětí s vrozenou vývojovou vadou, v roce 2014 bylo 4 586 dětí a 4 380 dětí v roce 2015. (tamtéž))

Mezi lety 2000–2015 se narodilo s vrozenou vývojovou vadou zjištěnou do 1 roku života 41 256 chlapců a 28 108 dívek. (tamtéž)

Mezi nejčastější vrozené vady patří Vrozené vady oběhové soustavy, které průměrně zastupují 42 %, dále Vrozené vady a deformace svalové a kosterní soustavy s 17,5 %. Ve skupině Abnormality chromozomů nezařazené jinde došlo mezi lety 1994–2014 k poklesu o 25 %, převážně díky prenatální diagnostice, naopak ve skupině Vrozené vady pohlavních orgánů došlo k nárůstu z 12 % na 18 %. (tamtéž)

1.4.1 Prenatální diagnostika

Uplatňují se v ní poznatky z gynekologie, porodnictví, genetiky, klinické biochemie a zobrazovacích diagnostických metod. Cílem je odhalení abnormalit u plodu v co nejčasnější dobu těhotenství co možná nejpřesněji. Využívají se metody invazivní i neinvazivní pro plod a matku. (ÚZIS ČR, 2018)

Mezi základní neinvazivní metody patří ultrazvuk a screening těhotných. Screening těhotných se provádí v prvním i druhém trimestru. Provádí se double test, triple test, integrovaný screening či sekvenční test. Pokud je screening pozitivní přistupuje se často k invazivním metodám, mezi které patří odběr choria, odběr plodové vody (aminocentéza), odběr krve plodu z pupečníku. (tamtéž)

2 Závislost

Se závislostí se potýkáme už od prvních chvil našeho života. V perinatálním období jsme zcela závislí na matce, a i po zrození jsme závislí na péči další osoby. Od porodu však začíná naše cesta k nezávislosti, která je nejvíce patrná v období pubescence. Právě ono životní dilema mezi závislostí a nezávislostí je součást vývoje a hnací silou v životě. (Kalina, 2008)

Někdy ovšem náš boj o nezávislost končí pouze jinou závislostí. Často lze ovšem za závislostí vidět lidské potřeby a motivace, které jsou v nás hluboce zakotveny. Jsou to například potřeba vyhnutí se bolesti. A to jak fyzické, tak psychické. Potřeba cítit se naplněný energií, být výkonný a působit bezproblémově, potřeba jednoty jak se sebou samým, tak s okolím. (tamtéž)

Nicméně i ke vzniku závislosti v pozdějším životě má každý jedinec jiné předpoklady a jiné důvody. Ty lze rozdělit do 4 skupin. Prvním je biologický předpoklad. Návyková látka je zpočátku brána jako analgetikum. Tyto případy vidíme u vrcholových sportovců, kteří ztratili cíl, nebo u jedinců s obezitou či anorexií. Druhým je psychologický předpoklad. Spouštěčem mohou být pocity nudy nebo zvědavosti, touha po nových prožitcích. Tito jedinci často nemají, a ani nejsou schopni si vytvořit vlastní program, jak trávit čas, chybí jim hranice a samostatnost. Pocity vyčlenění či rasová odlišnost pak patří do sociálních předpokladů. Poslední je spirituální předpoklad, který se pojí se ztrátou smyslu života a duchovních hodnot a následnému hledání. (tamtéž)

Dle Bindera (in Hájek, 2004) se na vzniku závislosti podílejí 3 složky. Je jimi droga, prostředí a člověk. U drogy je posuzována její dostupnost a schopnost vyvolat žádoucí pocit. Vliv prostředí nemusí být jen skupina přátel, ale i rozvrat rodiny, nedostatek rodičovské péče nebo osamělost. Složka člověka zahrnuje genetickou predispozici, zvědavost a touhu po poznávání nového.

Závislost je popsána i v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN- 10) vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek pod označením (F10 – F19):

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech a hypnotikách
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na stimulanciích, včetně pervitinu a kofeinu

- F16.2 Závislost na stimulanciích
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (MKN-10, 2008)

2.1 Situace v ČR

Poradním a koordinačním orgánem vlády pro otázky závislostí je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), která koordinuje protidrogovou politiku na národní úrovni. Protidrogová politika je dále uskutečňovaná na krajské a místní úrovni. (Vláda ČR, nedat.)

V roce 2014 byla do protidrogové politiky začleněna i problematika legálních návykových látek a hazardu. Od tohoto roku se protidrogová politika ČR řadí mezi tzv. integrované protidrogové politiky, které nerozlišují mezi legálními a nelegálními drogami. (tamtéž)

Financování protidrogové politiky je dvojí, ze státního rozpočtu a z krajského a obecního rozpočtu. *V r. 2016 činily identifikované výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy celkem 1536,2 mil. Kč.* (Mravčík, 2017, s. 37)

Rozsáhlé výzkumy v oblasti užívání nelegálních látek provádí Národní monitorovací středisko (NMS). V oblasti užívání alkoholu a tabáku je to poté Státní zdravotní ústav v Praze (SZÚ). (Mravčík, 2017)

2.1.1 Alkohol

V počtu litrů alkoholu prodaných na osobu ve věku 15 let a starší je Česká republika na třetím místě s 11, 7 litry. A to za Litvou a těsně za Francií. (OECD, 2018)

Dle výzkumů NMS je v dospělé populaci přibližně 1,6 milionů osob, které se nachází v rizikovém stádiu vzniku problémů s alkoholem. „*Denních konzumentů alkoholu je přibližně 600 tis., z toho přibližně 100 tis. je denních konzumentů nadměrných dávek alkoholu.“* (Mravčík, 2017, s. 11)

V roce 2016 bylo zaznamenáno 415 předávkování alkoholem, které skončily smrtí. V porovnání s předešlými roky se tento údaj stále zvyšuje, neboť v roce 2015 jich bylo 342 a v roce 2014 jich bylo 322. Naopak počet dopravních nehod způsobených vlivem alkoholu klesá. Pro rok 2016 se stalo 4273 nehod, které zastupují 4,4 % z celkového počtu nehod. (tamtéž)

Jeden okruh výzkumu, který byl proveden v roce 2014 na vzorku 248 mladistvých, se věnoval užívání vína a tvrdého alkoholu. V rámci výzkumu byly mladistvým položeny otázky: Kdo vám nabídl víno?, Jak často požíváte víno?, Okusili jste již tvrdý alkohol?, Kdo

vám nabídl tvrdý alkohol?, Jak často požíváte tvrdý alkohol?. Víno bylo nejčastěji nabízeno rodičem
(40 %) a příbuzným (26 %). Naopak tvrdý alkohol byl nejčastěji nabídnut kamarádem (53 %). Tvrdý alkohol okusilo 96 % dotázaných mladistvých, z toho 58 % jej požívá nepravidelně a 20 % jedenkrát týdně. Víno požívalo 72 % nepravidelně a 16 % 1–2krát do měsíce. (Reich, 2014)

„Zarážejícím faktorem je téměř neomezená dostupnost širokého spektra relativně velmi levných alkoholických nápojů pro mládež a děti. Zákonná omezující opatření, jako je například zákaz prodeje alkoholu nezletilým, nejsou systematicky kontrolována, nebo jsou postihována více méně symbolicky.“ (Vláda ČR, 2010)

V České republice probíhají osvětové kampaně zaměřené na účinky alkoholu převážně prostřednictvím rozhlasu, televize, časopisů, denního tisku či v podobě webových stránek. Čím dál více se však objevují kampaně na sociálních sítích, které umožňují větší efektivitu v případě určitých cílových skupin. Nejčastěji probíhají na Facebooku či Twitteru. (Barták, 2018)

2.1.2 Kouření

V ČR kouření zapříčiňuje 17–19 % z celkové roční úmrtnosti. Počet kuřáků byl v nedávných letech poměrně stabilní a pohyboval se mezi 28–32 %. (Váňová, 2017)

„V roce 2015 došlo k významnému poklesu prevalence kuřáctví u dospělých občanů na hodnotu 24,1%. Šetření za rok 2016 však ukázalo, že se jednalo o přechodný pokles, protože v prevalenci kuřáctví v roce 2016 došlo ke zvýšení hodnoty na 28,6%; zjištěná hodnota prevalence kuřáctví v roce 2016 nedosahuje však hodnoty za rok 2014, která činila 31,4%. V roce 2017 došlo opět ke snížení prevalence kuřáctví na hodnotu 25,2%.“ (tamtéž, s. 2)

Z údajů vyplývá, že je více kuřáků mužů než kuřaček žen. Největší rozdíl v prevalenci kuřáctví u mužů a žen byl v roce 2013, kdy byla prevalence kuřáctví u mužů 36,4 % a u žen 23,7 %. Naopak nejnižší byl v roce 2015, kdy byla prevalence kuřáctví u mužů 27,3 % a u žen 21 %. (tamtéž)

U mužů je nejčastější počet vykouřených cigaret denně 15–24, zatímco u žen 10–14 cigaret denně. Ve svých domovech je nejčastěji vystavena tabákovému kouři věková skupina 15–24 let. (tamtéž)

Dle výzkumů NMS si denní kuřáci zapálí svou první cigaretu do 30 minut po probuzení. Největší počet silnějších kuřáků je ve věkové skupině 45–54 let a je v ní převaha mužů. (Mravčík, 2017)

2.1.3 Nelegální drogy

„Hlavní problémovou nelegální drogou v ČR je pervitin (metamfetamin), z opioidů jsou to buprenorfin a heroin, ale i opioidní analgetika – fentanyl, morfin, hydromorfon, oxykodon a tramadol. V letních měsících se objevuje užívání opia na makových polích. Problémové užívání nových psychoaktivních látek, resp. katinonů (funky), se vyskytuje v omezené a aktuálně spíše klesající míře.“ (Mravčík, 2017, s. 11)

Nejčastější způsob aplikace je injekční užívání. Není výjimkou, že jedinec užívá současně více drog. Ze všech uživatelů nelegálních drog tvoří ženy přibližně 30 %. Celková prevalence problémového užívání drog se od roku 2015 téměř nezměnila. Snížil se počet uživatelů heroinu, ale naopak narost počet uživatelů opioidů. Největší počet problémových uživatelů drog je v Praze, Ústeckém kraji, Karlovarském kraji a poté Libereckém kraji. (tamtéž)

Roku 2016 bylo diagnostikováno 7 nových případů nákazy HIV infekce, zapříčiněných aplikací drogy injekčně. Více než polovinu osob nakažených hepatitidou typu C tvoří právě injekční uživatelé drog. V roce 2016 bylo zaznamenáno 48 smrtelných předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami. (tamtéž)

Nejčastější nelegální droga se kterou má populace ČR zkušenost jsou konopné látky. Dle výzkumu NMS s nimi mělo 43,8 % dotázaných mladých dospělých (15–34 let) zkušenost. 19,4 % je pak užívalo v posledních 12 měsících, z nich téměř tři čtvrtiny je užili opakovaně. 32,0 % z nich užívalo konopné látky jednou týdně nebo častěji. V porovnání s rokem 2012 je prevalence užívání konopných drog na stabilní úrovni. Pokles užívání je znatelný ve věkové skupině 15–24 let, naopak mírný nárůst ve věkové skupině 25–34 let. (tamtéž)

2.2 Drogy a ženy

Požívání drog u žen je specifickou oblastí. Dle výzkumů ženy více užívají léky jako trankvilizéry či sedativa, na rozdíl od mužů, kteří preferují ilegální drogy jako kokain či opioidy. Ženy také méně často vyhledávají odbornou pomoc. Tento fakt je zapříčiněn sociální rolí ženy a jejím postavením. Mluvíme zde o tzv. fenoménu dvojí deviace. První úroveň je odsouzení všech uživatelů drog nezávisle na pohlaví. Druhá úroveň zahrnuje odsouzení pouze žen za selhání ve své tradiční roli, tedy roli matek a strážkyň rodinného krbu. Právě tento tlak ze strany společnosti na ženy může být indikátorem k braní návykových látek. Pokud však ženy léčbu podstoupí, bývá u nich větší úspěšnost léčby a menší náchylnost k recidivě. (Radimecký, 2007)

Je mnoho vlivů, které na dítě v době těhotenství působí. Některé z nich můžou způsobit jeho poškození či dokonce úmrtí. Drogy mezi ně nezpochybnitelně patří. V době od početí

po prvních 17 dní má každé větší poškození často fatální následky. Pokud není poškození nijak rozsáhlé, jsou zárodečné buňky schopné jej plnohodnotně napravit. Dlouhodobé působení však může vést k narušení normálního vývoje, projevujícího se například pomalejším růstem, předčasným porodem ale i nemocemi, které se u dítěte mohou projevit až v období dospělosti. (Gregora & Velemínský, 2017)

2.3 Závislost na kofeinu

Patří-li kofein do kategorie návykových látek je stále předmětem diskuzí. Ovšem jeho nadměrná konzumace a závislost na něm může přivodit mnohé komplikace. (Kostiuk, 2013b)

Kofein přírodně vyskytuje v kávě, kakaových bobech, čajových lístcích, ořechách koly či guaranových bobulích. Jako přísadu jej používáme do pečiva, měkkého cukroví, zmrzliny, kolových nápojů, energetických nápojů a často také do hubnoucích přípravků nebo přípravků pro zvýšení fyzické aktivity. (Calda, 2015)

Za normálních okolností má kofein u lidí poločas vylučování 3 hodiny. V prvním trimestru se zvyšuje na 5–6 hodin a ve 35. týdnu může narůst až na 18 hodin. Tento nárůst je pravděpodobně zapříčiněn měnící se hladinou hormonů. Udávaná bezpečná hranice pro příjem kofeinu v těhotenství za den, je přibližně 200mg (jeden šálek kávy obsahuje přibližně 85mg). (tamtéž)

Z výzkumů vyplývá, že po podání kofeinu těhotné ženě způsobilo snížení průtoku krve placentárními klky až o čtvrtinu. Následkem je snížený přívod kyslíku a výživy do plodu. Vysokou konzumací kofeinu v těhotenství se také zvyšuje riziko spontánního potratu, nižší porodní váhy dítěte, předčasného porodu či porodu mrtvého plodu. Kofein také snižuje vstřebávání železa, což může vést k anémii u plodu i matky. (Kostiuk, 2013b)

2.4 Alkoholová závislost

Alkohol je jednou z nejrozšířenějších legálních drog. Toxicky působí především na játra. Často se s alkoholismem v těhotenství můžeme setkat u rodiček z nižších sociálních vrstev nebo u samoživitelek. Není výjimkou, že kromě konzumace alkoholu. jsou často silnými kuřačkami. (Vavřinková & Binder, 2006)

2.4.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Komplikace v graviditě často závisí na orgánovém postižení alkoholem. Velice závažným problémem může být cirhóza jater, kde je vyšší riziko potratu či předčasného porodu. Častým problémem je i karence vitamínů nejčastěji skupiny B. (Vavřinková & Binder, 2006)

V těhotenství prochází ethanol volně placentou a působí toxicky na plod. Binder dále uvádí že: „*Etanol je metabolizován na acetaldehyd pomocí nikotinamid adenin dinukleotid dependent*

alkohol dehydrogenázy. Jak etanol, tak acetaldehyd působí toxicky na plod.“ (Vavřinková & Binder, 2006, s. 56)

Koncentrace alkoholu v plodové vodě narůstá pomaleji, ovšem zůstává zde delší dobu a může být detekována i v případě, že již v krevním oběhu plodu dítěte není. Plod není schopen alkohol odbourávat tak rychle jako matka a je na ní v tomto procesu vysoce závislý. Je mu také vystaven po delší dobu než matka. Způsob, jakým alkohol působí na vyvíjející se plod není doposud zcela známý. (tamtéž)

Dle Gregory (2017) dosud není důkaz, že by malé množství alkoholu požitého v raných fázích těhotenství mělo škodlivý účinek. Alkohol však může spermii a vajíčko poškodit ještě před početím. Binder a Vavřinková (2006, s. 57) uvádí že: „*požití ≤ 100 g alkoholu týdně (tj. 2 sklenice piva nebo 2 sklenky vína denně) nemá na plod žádné nežádoucí účinky.“* Vyšší konzumace však může znamenat poškození plodu. Nezpochybnitelně však hladina alkoholu, která je ještě pro dítě bez rizika, se bude u každé ženy měnit, u některých může být již malé množství alkoholu fatální.

Z výzkumu, který porovnával data 36 různých studií provedených v letech 1980–2009 vyplývá, že konzumace více než 10 g čistého alkoholu denně (jeden alkoholický napoj denně) zvyšuje riziko malé porodní hmotnosti a velikosti novorozence. Konzumace více než 18 g čistého alkoholu (jeden a půl alkoholického nápoje denně) vysoce zvyšuje riziko předčasného porodu. (Patra a kol., 2011)

Konzumace alkoholu v těhotenství, a hlavně v prvním trimestru, mohou u dítěte vést ke vzniku FASDs. Mezi ně patří například FAS či ARND. (Nešpor, 2003)

2.4.2 Fetální alkoholový syndrom

Jones popsal v roce 1973 soubor anomálií vyskytující se u dětí, které se narodily alkoholově závislým matkám. Byl pojmenován jako Fetální alkoholový syndrom (FAS). Mezi obecně časté klinické nálezy patří:

- prenatální a/nebo postnatální růstová retardace,
- mentální retardace,
- obličejová dysmorfogeneze (stlačený kořen nosu, zúžené oční štěrbiny, očnice široce posazené),
- defekty srdečních sept,
- drobné kloubní abnormality.

Mezi méně časté nálezy pak patří:

- kožní abnormality,

- okulární abnormality,
- sluchové a vestibulární poruchy,
- jaterní anomálie,
- poruchy imunitního systému a další. (Vavřinková & Binder, 2006, s. 56-57)

Dále se objevují dysfunkce ledvin, rozštěp páteře, genitální deformity, autismus, poruchy učení. Incidence je udávána zhruba 3 děti z 1000 narozených. (Novotný & Novotný, 2009)

Dle Popové a kol. (2017) se každé 67. ženě, která v těhotenství konzumuje alkohol, narodí dítě s FAS, při vysoké konzumaci alkoholu se údaj snižuje až na každou 23. ženu. Každý rok se pak přibližně narodí 119 00 dětí s diagnózou FAS. Celosvětovou prevalenci uvádí vice než 14 případů FAS na 10 000 dětí, v Evropě je prevalence 2–6x větší, než je světový průměr. Mezi státy, kde je prevalence konzumace alkoholu v těhotenství největší (více než 50 %), řadí Rusko, Velkou Británii, Dánsko, Bělorusko a Irsko.

K diagnostice FAS Novotný (& Novotný, 2009, s. 2) uvádí: *Diagnostika FAS se v našich podmínkách značně podceňuje a pokud k ní dochází, je FAS určen většinou pouze na základě faciálních abnormalit (z čehož vyplývá, že současný „statistický" stav incidence a prevalence FAS je založen na diagnostice, která ve skutečnosti neodhaluje jedince s FAS, ale spíše s jinou diagnózou řady FASD – nejčastěji PFAS a ARBD).*

Základním nástrojem pro diagnostiku FAS jsou screeningové dotazníky, z nich nejpoužívanější jsou TWEAK a T-ACE. Pro lepší možnosti diagnostiky FAS byla vytvořena Diagnostická kritéria FS. Jejich častými charakteristickými rysy je, že vyžadují multidisciplinární tým odborníků a komplexní přístup, který se celkově nezaměřuje jen na diagnózu FAS, ale popisuje i přidružené problémy a vytváří doporučení pro léčbu a terapii. (tamtéž)

V reakci na ně vznikl Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders – The 4 Digit Diagnostic Code (4DDC). Základem je vyplnění základní diagnostické tabulky, z výsledků se získá číselný kód, který určuje konkrétní formu FASDs, dále se pokračuje k podrobnějším informacím a na závěr jsou uvedena doporučení pro léčbu a terapii. Jeho nevýhodou je velká časová náročnost, jako výhody se uvádí komplexnost a univerzálnost. (tamtéž)

Dalším nástrojem je Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis, který je velmi podobný jako 4DDC. Výhodou jsou podrobněji zpracované možnosti terapie. Posledním nástrojem jsou Canadian Guidelines for FASD Diagnosis. Předešlý a tento manuál upozorňují na to, že FAS je jako jediný přijímaný jako formální diagnóza, a proto se na něj zaměřují. (tamtéž)

2.5 Kouření

„*Cigaretový kouř obsahuje 4–5 tis. různých chemických látek, včetně většiny prokázaných či vysoce pravděpodobných humánních karcinogenů, průmyslových či environmentálních toxinů, iritantů a teratogenů*.“ (Hrubá, 2011, s. 2)

V problematice kouření se též velmi často používá pojem pasivní kouření. Kouř vdechovaný při pasivním kouření má stejné chemické složení, jen má nižší koncentraci. Jeho škodlivost je však stejná. (tamtéž)

Globální prevalence kouření v průběhu těhotenství se odhaduje na 1,7 %. V evropských státech a státech Ameriky je prevalence vyšší. (Siddiqi & Mdege, 2018)

2.5.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Nežádoucí látky, které se dostávají do těla matky a přes placentu i do plodu, jsou hlavně oxid uhelnatý a nikotin. „*Oxid uhelnatý prochází placentou a váže se na fetální hemoglobin. Vznikající karboxyhemoglobin snižuje oxidační kapacitu krve. Současně, oxid uhličitý zvyšuje afinitu hemoglobinu ke kyslíku, v důsledku toho se snižuje uvolňování kyslíku v tkáních*.“ (Vavřinková & Binder, 2006, s. 59)

U dítěte pak tyto látky můžou způsobit hypoxii, která může přejít při vysokém počtu vykouřených cigaret až v hypoxii chronickou. Ta vede k nižší porodní hmotnosti, růstové retardaci, abrupci placenty, předčasnému odtoku plodové vody, předčasnému porodu či potratu. (tamtéž)

Dle Hrubé (2011) u kuřaček častěji dochází k mimoděložnímu těhotenství či krvácení během těhotenství. Dále popisuje, že výskyt chronických onemocnění v dospělosti může mít své důvody už v prenatálním období, právě při vystavení plodu toxickým látkám z kouření.

Xia a kol. (2017) uvádí mezi perinatálními dopady kouření v těhotenství předčasný porod, jehož riziko je o 1 % vyšší než u žen, které v těhotenství nekouří. Dále mimoděložní těhotenství, těhotenskou hypertenzi a preeklampsii a růstovou retardaci plodu.

2.5.2 Syndrom náhlého úmrtí kojence

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SNÚK) je popsán jako neočekávané a náhlé úmrtí dítěte mezi 7.- 365. dnem jeho života, jehož příčina se nedá objasnit posmrtným šetřením. V ČR byla incidence diagnózy SNÚK mezi lety 2001–2004 přibližně 0,10 případů na 1 000 živě narozených dětí. Světově se poté pohybuje od 0,10- 3 případy na 1000 živě narozených dětí. (Paul, 2006)

SNÚK je nejčastější příčinou úmrtí kojenců v rozvinutých zemích. Kouření zvyšuje riziko 2- 5krát. A to z důvodu, že přispívá ke snížení variability srdeční tepové frekvence či kardiorespirační dysfunkci u plodu. (Hrubá, 2011)

2.5.3 Onemocnění a poruchy v pozdějším věku predikovaná kouřením v těhotenství

V pozdějším věku může mít kouření v těhotenství u dítěte vliv na vznik následujících onemocnění a poruch:

- kognitivní poruchy (poruchy chápání řeči, snížení vizuální paměti),
- poruchy chování (antisociální projevy, kriminalita),
- poruchy pozornosti a hyperaktivita,
- psychické problémy (úzkosti a deprese),
- dysfunkce mužské reprodukce (snížená velikost varlat, snížená hustota a obsah spermií v ejakulátu),
- zhoubné nádory v dětském věku (látky obsažené v kouři způsobují u plodu mutagenní změny),
- astma. (Hrubá, 2011)

Xia a kol. (2017) mezi ně dále řadí sklony k nadváze a obezitě, endokrinní onemocnění, poškozenou funkci plic a sklon k plicním infekcím, hypertenzi či vrozené srdeční onemocnění.

2.6 Ilegální drogy

Těhotenství je u uživatelek ilegálních drog často neplánované. Z důvodu devastace organismu drogou dochází k nepravidelnosti menstruačního krvácení či k jeho úplnému vymizení. Z toho důvodu mají uživatelky domněnku, že otěhotnět nemohou. Těhotenství bývá také rozpoznáno až době, kdy už ženám roste břicho nebo cítí pohyby dítěte. (Binder in Hájek, 2004)

Dle Bindera (in Hájek, 2004) doba závislosti na droze při otěhotnění přesahuje 5 let. Naopak dle NMS (2006) se doba užívání drog pohubuje kolem 3 let u uživatelek pervitinu a 3 a půl roku u uživatelek heroinu.

Závislé ženy jsou také velmi často nezaměstnané a také nezadané. Pokud žijí v partnerském vztahu, bývá druh povětšinou závislý též. Rodinné vztahy bývají nefunkční či silně narušené. Věkový průměr drogově závislých těhotných žen v České republice je kolem 23 let. Průměrná doba závislosti v tomto věku je kolem 5 let. Je tedy vzniklá již v teenagerském věku. (Binder in Hájek, 2004)

Vzhledem k rizikovému prostředí, kde se závislé pohybují i způsobu, jak si na drogu vydělávají, kde bývá nezřídka zastoupena prostituce, je často velké riziko nakažení Hepatitidou C či virem HIV. (Vavřinková & Binder, 2007)

U žen závislých na nelegálních drogách také často mluvíme o polydrogové závislosti. *Je pravidlem, že těhotná nebývá závislá jen na jedné droze. Zpravidla se jedná o těžké kuřačky s občasným abúzem alkoholu. Často prokážeme benzodiazepiny a kanabinoidy. Kombinování drog zvyšuje rizika pro plod.* (Binder in Hájek, 2004, s. 224)

2.6.1 Opioidy

Opioidy na organismus působí pomocí opioidních receptorů. Mají tlumivý účinek, snižují psychickou a emocionální bolest, dochází k poklesu citlivosti a zpomalení tepové frekvence, často dojde ke stažení zornice (mióze) a ke snížení tělesné teploty (hyportemii). Objevují se pocity euforie, zklidnění nebo až ospalosti. Mezi negativní účinky patří zvracení, zácpa, svědění, neschopnost koncentrace, rozladěnost či děsivé halucinace. Závislost se vytváří po několika týdnech užívání. Řadíme mezi ně braun, heroin a metadon. (Minařík in Kalina, 2003)

Těhotné ženy závislé na opioidech často žijí neuspořádaný život. Nenavštěvují prenatální poradnu či ji navštěvují sporadicky. Až polovina z nich přichází poprvé do nemocnice s nástupem kontrakcí či po prasknutí plodové vody. (Vavřinková & Binder, 2006)

2.6.1.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Opioidy velmi rychle pronikají placentou a vnikají do tkání plodu a to do 1 hodiny od aplikace drogy. Droga se v plodové vodě kumuluje, což vede k prodloužení jejich účinků na plod. Účinky na plod jsou často tlumivé, projevující se sníženou pohybovou aktivitou plodu, tachykardií, která může vést až k úmrtí. (Binder in Hájek, 2004)

Heroin způsobuje zpomalování růstu plodu, které je symetrické a týká se všech orgánů. V těhotenství je zvýšené riziko potratu, předčasného porodu, snížené porodní hmotnosti v extrémních případech může dojít i k úmrtí plodu. (Velemínský & Žižková, 2008)

Kolem 60 % těhotných žen závislých na opiátech mají v době porodu známky akutní infekce. Infekce před porodem zvyšuje produkci kortizolu a prostaglandinů, které působí na dělohu a vyvolávají porod. U rodiček se objevuje nižší práh bolesti a bývá užívána epidurální anestezie. (Vavřinková & Binder, 2006)

Narozené děti mají 2,3krát vyšší riziko RDS. U 50-80 % dětí se objevuje do 48-72 hodin po porodu abstinenční syndrom. Kojení je nedoporučováno a provádí se zástava laktace. (Binder in Hájek, 2004)

2.6.1.2 Dopady v pozdějším věku

U dětí, které se narodily matkám závislým na opiátech, je prokázána nižší tělesná hmotnost a výška ve věku 3–6 let. Objevují se také snížené percepční, behaviorální a organizační

schopnosti. Rozdíly oproti běžné populaci jsou menší u dětí, které byly adoptovány. Velkou roli v jejich vývoji tedy jistě hraje i vliv sociálního prostředí. (Binder in Hájek, 2004)

2.6.2 Stimulační drogy

Jedná se o látky, které mají silný budivý efekt na CSN. Dochází ke zrychlenému myšlení, bdělosti a pocitu nabuzení, ztrátě pocitu hladu, euforii a pocitu duševní i tělesné síly. Na druhou stranu mohou vyvolat úzkost, depresi, agresivitu a umocňují trému. Po odeznění účinku drogy se dostavuje velké vyčerpání, bolest kloubů a jedinec může prospat i několik dní, je také schopný naráz zkonzumovat velké množství jídla. (Minařík in Kalina, 2003)

Užívání stimulačních látek představuje velkou zátěž pro celé tělo. Roste riziko mozkových a srdečních příhod. Dochází často k velkému úbytku na váze. Při dlouhodobém užívání se může u závislého jedince objevit toxická psychóza. Jedinec se domnívá že jej někdo sleduje a chce mu ublížit tzv. stín. Mezi stimulační látky patří pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain či extáze. (tamtéž)

2.6.2.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Stimulační látky jako kokain nebo pervitin způsobují stahování cév a zvyšování krevního tlaku. Dochází tudíž k omezení průtoku pupeční šňůrou a placentou a tím se výrazně sníží přívod kyslíku a živin do plodu. Následkem je růstová retardace, snížená porodní hmotnost, riziko úmrtí plodu, riziko deformace plodu, kam patří mikrocefalie či defekty srdce. Dalšími komplikacemi v těhotenství mohou být spontánní potrat, předčasný porod, náhlé uvolnění placenty či krvácení do mozku plodu. (Velemínský & Žižková, 2008)

U dětí narozených závislým matkám na stimulačních drogách se velmi často objevovaly silné křeče, kratší dolní končetiny, defekty močové trubice či pohlavní soustavy a zvýšené riziko SIDS. Vysoký je i výskyt akutního abstinenčního syndromu. Oproti opioidům má kratší trvání a menší intenzitu. (Binder in Hájek, 2004)

Stimulační drogy jsou obsaženy v mateřském mléce, proto se kojení nedoporučuje a provádí se zástava laktace. (tamtéž)

2.6.2.2 Dopady v pozdějším věku

Dle Bindera (in Hájek, 2004) mají děti větší sklon ke stresovému chování, omezenější návyky, neurobehaviorální deficit, opožděný mentální vývoj a horší prospěch ve škole. Velemínský a Žižková (2008) dále přidávají poruchy spánku, chvění, nechutenství, sklony k hyperaktivitě a plačtivost.

2.6.3 Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy lze rozdělit do 3 skupin. Přírodní rostlinného původu (durman, mezkalin), přírodní živočišného původu (bufetenin, psilocybin) a syntetické (LSD, PCP). Rychlost nástupu a účinků se u každého jedince velmi liší v závislosti na množství požité látky, její čistoty a individuální citlivosti jedince. Zpočátku se objevují pocity chvění, závratě, nevolnosti či neschopnosti ovládat tělo. Dále se objevuje změna vnímání, iluze, pseudohalucinace, zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev a zvuků. Obvykle doprovázené pocity uvolnění, radosti, euforie a nabuzení. (Miovský in Kalina, 2003)

Miovský (tamtéž) dále uvádí, že u predisponovaných osob může dojít k rozvoji depresivních a úzkostných stavů a stavů napětí, které mohou přejít až v panický stav, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození. U osob se srdečním onemocněním může vlivem velkých výkyvů tlaku a zrychlené srdeční činnosti dojít k srdečním komplikacím. Binder (in Hájek, 2004) upozorňuje že v některých případech může dojít až k toxické halucinatorní psychóze. Binder (tamtéž, s. 227) dále uvádí: „*Po používání LSD může dojít k situaci označované „flash back“, kdy po déle trvající abstinenci náhle dochází k subjektivnímu prožitku další intoxikace bez podání drogy. Je to vysvětlováno tím, že částečky drogy jsou dlouhodobě (až 1 rok) uchovány v tkáních a při různých stresových situacích mohou být uvolněny do oběhu*.“

Halucinogenní drogy nevyvolávají závislost ani nedochází k fyzickému poškození organismu, pouze vysoké dávky u lysohlávek (psilocybin) mohou způsobit vážné poškození jater a ledvin. (Miovský in Kalina, 2003)

2.6.3.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

U žen, které užívají v těhotenství halucinogeny, je často přítomna polydrogová závislost a je tedy velmi těžké určit vliv samotných halucinogenů na plod. Uvádí se, že v těhotenství a u narozených dětí se objevují podobné problémy jako u uživatelek kokainu. (Vavřinková & Binder, 2006)

Sedláčková (& Žizková, 2007) uvádí, že novorozeně bývá plačtivé a neklidné.

2.6.4 Kanabinoidy

Po alkoholu jsou kanabioidy nejčastěji používaný omamný prostředek. Patří mezi ně marihuana či hašiš. Mají silný psychotropní účinek zapříčiněný zvýšeným uvolňováním seratoninu při jejich užívání. (Binder in Hájek, 2004)

Díky analgetickým účinkům a schopnosti potlačit nevolnost jsou využívané pacienty s AIDS, s nádorovými onemocněními, Alzheimerovou chorobou, roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou či migrénou. (Miovský in Kalina, 2003)

Účinek nastupuje často během několika minut a trvá 3-6 hodin. U perorálně podávaných drog déle. Mezi projevy intoxikace patří pocit chladu, sucho v ústech, pocit hladu, deformace vnímání času a prostoru, hmatové a zrakové iluze doprovázené pocitem lehké euforie. Zřídka se objevuje nevolnost, úzkost, deprese, agrese nebo překrvení spojivek. (tamtéž)

Kanabioidy nevyvolávají somatickou závislost, ale u 8–10 % dlouhodobých uživatelů se objevuje závislost psychická. (tamtéž)

2.6.4.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Zahraniční studie uvádí, že až 22 % žen v těhotenství užilo konopné drogy. Látky prochází placentou a shromažďují se v plodu, kde přechází z krve do mozku. Užívání konopných látek v těhotenství se spojuje s nízkou porodní hmotností a předčasným porodem. Zvyšují také negativní účinky alkoholu na plod. Děti mohou po narození vykazovat lehké abstinenční příznaky. Občasně se u nich objevují poruchy spánku, plačtivost. Mají větší sklon k bronchitidě, zápalu plic či vzniku leukémie. (Velemínský & Žižková, 2008)

2.6.5 Těkavé látky

Patří mezi ně některá ředidla, rozpouštědla, lepidla a plynné látky jako éter nebo rajský plyn. Nejvíce užívanou těkavou látkou je toluen. Toluen je volně prodejný a k intoxikaci dochází inhalací výparů. V krátké době se dostavuje se pocit euforie, poruchy vnímání s velmi živými a barevnými halucinacemi. Postupně dochází k útlumu, spánku a poruchám vědomí. Při vysokých dávkách může jedinec upadnout do kómatu ve kterém může dojít k zástavě dechu a srdeční aktivity. K úmrtí může dojít už při prvním užití. Pro svou dostupnost je velmi oblíbený především u mladších věkových kategorií. (Hampl in Kalina, 2003)

Toluen způsobuje silnou psychickou závislost. Při dlouhodobém užívání dochází k celkovému otupění, poruchám chování a emotivity, trvalému poškození mozkových struktur, poškození jater a ledvin a poleptání dýchacích cest. (tamtéž)

2.6.5.1 Těhotenství, vývoj plodu a porod

Všechny těkavé látky pronikají placentou do oběhu plodu a mohou způsobit jeho vážně poškození. Objevuje se vysoce zvýšené riziko malformace plodu, opožděného vývoje, mentální retardace, úmrtí v kojeneckém věku, SIDS, poporodního útlumu dýchacího centra či toxického poškození orgánů. Po porodu se objevují abstinenční příznaky. (Sedláčková & Žizková, 2007)

2.6.6 Novorozenecký abstinenční syndrom

NAS se objevuje u 60–90 % novorozenců drogově závislých matek. Příznaky NAS se u novorozence objevují u opiátů do 24–48 hodin po narození, naopak u metadonu se mohou objevit až po 2–4 týdnech. Příznaky poté mohou přetrvávat 3–4 měsíce po porodu. K úplnému

očištění organismu dítěte dochází až dlouhou dobu poté, co je propuštěno z porodnice. NAS způsobují převážně opiáty ale také kokain, kofein, marihuana, nikotin, barbituláty či diazepam. (Vavřinková & Binder, 2006)

Patrick a kol. (2017) uvádí, že každých 25 minut se ve spojených státech narodí dítě s NAS, jeho výskyt tam za posledních 10 let vzrost pětinásobně.

2.6.6.1 Příznaky NAS

Příznaky NAS lze rozdělit do 3 hlavních skupin. Poruchy ve funkci CNS, respiračního traktu (dále RT) a gastrointestinálního traktu (dále GIT). (Patrick a kol., 2017)

Příznaky CNS:

- zvýšená dráždivost přecházející do křečí,
- zvýšený tonus svalstva,
- kýchání a zívání,
- neklid a třes,
- nekoordinované pohyby očí a úst,
- krátká období spánku. (tamtéž)

Příznaky RT:

- sekrece z nosu a ucpaný nos,
- dyspnoe,
- zrychlené dýchání,
- apnoické pauzy,
- aspirační pneumonie. (tamtéž)

Příznaky GIT:

- poruchy sání a polykání,
- zvracení a průjmy. (tamtéž)

Mezi další příznaky patří zvýšená teplota, tachykardie, poruchy prokrvení kůže či pocení. (tamtéž)

V pozdějším životě se u dítěte může objevit růstový deficit, opoždění psychomotorického vývoje. narušení kognitivních funkcí a percepčních schopností. (Stará a kol., 2009)

2.6.6.2 Diagnostika NAS

K diagnostice se převážně využívá škála dle Finnegarové vytvořená v polovině 70. let. Pozoruje 21 příznaků které bodové hodnotí 1–5. Některé příznaky hodnotí i dle intenzity či délky jeho trvání. Pokud je u novorozence podezření na NAS hodnotí se každé 4 hodiny. Pokud novorozenec získá více jak 8 bodů hodnotí se poté každé 2 hodiny. Stanovení diagnózy NAS

je možné, pokud měl novorozenec skóre 8 a více bodů ve 3 po sobě jdoucích hodnoceních. (Vavřinková & Binder, 2006)

2.6.6.3 Terapie NAS

Novorozenec by měl být zvýšeně sledován, případně přesunut na jednotku intenzivní péče, mělo by být zabráněno nadměrnému hluku a osvětlení a s novorozencem by se mělo minimálně manipulovat. Vhodná je poloha na břiše či pravém boku. (Vavřinková & Binder, 2006)

U NAS způsobeného opiáty se k farmakologické léčbě užívá novorozenecký opiový roztok, novorozenecký morfiový roztok, opiová tinktura či laudanum. U NAS způsobeného jinými drogami nebo při polydrogové závoslosti se užívá fenobarbital. (tamtéž)

2.6.7 Možnosti léčby a substituce v průběhu těhotenství drogově závislé ženy

Léčba může probíhat formou detoxikace a abstinence nebo substituce. Její úspěšnost je často přímo úměrná vůli těhotné se zbavit závislosti. Obvykle vyžaduje celkovou změnu dosavadního života, přerušení kontaktu s drogově závislou komunitou a změnu prostředí. K detoxikaci a abstinenci jsou často využívána oddělení léčby závislostí na psychiatrických klinikách či pobyt v protidrogových komunitách. (Binder in Hájek, 2004)

Substituční terapie je udržovací léčba, která je časově neomezená. Díky ní je možné odložit trvalou abstinenci do doby, kdy ji bude jedinec schopen podstoupit. Probíhá ve specializovaných zařízeních, která jsou akreditovaná pro substituční programy. Využívá se substituční látka, která se nikdy nepodává nitrožilně, v množství, které potlačí abstinenční příznaky a umožní tak zlepšit kvalitu života. Indikaci stanovuje lékař s příslušnou atestací. (Vavřinková & Binder, 2006)

2.6.7.1 Metadon

Metadon je syntetický opiát a je nejčastěji využívaným lékem při substituční terapii. Metadonový program byl schválen vládou České republiky v roce 1997. U jedince nedochází ke zvyšování tolerance a je možné stejnou dávku podávat i několik let. Nezpůsobuje změny ve vnímání reality či euforii, ale zabraňuje vzniku abstinenčních příznaků. Při dlouhodobém užívání vytváří závislost. (Binder in Hájek, 2004)

Léčba metadonem společně s pravidelným dohledem lékaře a odbornou podporou drogově závislé ženy v sociální a psychologické oblasti mohou velkou měrou napomoci lepšímu průběhu těhotenství, porodu a zdravotnímu stavu dítěte. (Velemínský & Žižková, 2008)

Dávkování je u každého individuální. Při dávce vyšší než 40 mg lze u plodu pozorovat sníženou pohybovou aktivitu a snížené dýchací pohyby. Z toho důvodu je někdy doporučeno

podávání metadonu ve 2 dávkách po 12 hodinách, oproti běžné 1 dávce za 24 hodin. (Vavřinková & Binder, 2006)

Metadon se hromadí ve slezině, játrech a plicích plodu. Po přerušení pupeční šňůry se postupně uvolňuje. Abstinenční příznaky se u novorozenců mohou objevit až za 2–4 týdny. Vyskytují se křeče, poruchy spánkového cyklu. V pozdějším věku je vyšší riziko hyperaktivity, problémů s učením či špatné sociální přizpůsobivosti. (tamtéž)

Dle některých studií jsou abstinenční příznaky u novorozence při léčbě metadonem silnější a s delším průběhem než abstinenční příznaky způsobené heroinem. Nezpůsobují však trvalá fyzická poškození, která by měla vliv na další vývoj dítěte, pokud je správně nastavena léčba. (Velemínský & Žižková, 2008)

2.6.7.2 Subutex (Buprenofin)

Jedná se o syntetický opioid. Má silný protibolestivý účinek a vyvolává v menší míře euforii. Jeho účinky přetrvávají i více než 24 hodin. (Vavřinková & Binder, 2006)

Subutex obsahuje látku, která blokuje účinky jiných užitých opioidů např. heroinu. Pokud jedinec užije ilegální drogu a užívá subutex, nedosáhne požadovaného účinku. (Velemínský & Žižková, 2008)

O vlivu na vývoj plodu a průběh těhotenství je prozatím nedostatek informací. Pokud je látka užívána ve velkých dávkách v konečné fázi těhotenství může způsobit u novorozence dýchací potíže. Pokud se látka užívá v posledních 3 měsících těhotenství objevují se u novorozence abstinenční příznaky. (tamtéž)

U novorozenců se objevuje abstinenční syndrom nejčastěji druhý den života, ale má pouze mírný charakter a rychle odeznívá. Do mateřského mléka přechází jen velmi malá část, a tudíž není škodlivé, pokud žena plně kojí. (Binder in Hájek, 2004)

3 Léky

„Těhotenství a laktace je z hlediska farmakoterapie obdobím, kdy je nutné brát v úvahu při volbě léku možné poškození plodu, ohrožení průběhu samotného těhotenství nebo zdraví novorozence.“ (Vavřinková & Binder, 2006, s. 447)

Potřeba využívat léky během těhotenství se v posledních letech stále zvyšuje. A to hlavně z důvodu zvyšujícího se věku matek a tím zvyšující se počet chronických onemocnění žen, vyššího počtu umělých oplodnění, které zvyšují šanci na vícečetné těhotenství, rozšiřování možností diagnostiky již v prenatálním období a snaha o léčbu plodu „in utero“ či více možností pro léčbu neplodnosti. Všechny tyto oblasti vedou ke zvyšování počtu rizikových těhotenství a tím i užití farmakoterapie. (tamtéž)

Důsledky, které mohou mít užité léky na těhotenství, jsou ovlivněny schopností pronikat placentou, velikostí dávky, celkovou dobou podávání léku, kumulací v těle plodu nebo plodové vodě či schopností plodu účinkům léku odolávat. (tamtéž)

Během těhotenství mohou mít léky různý dopad. V období prvních 14 dní má užití určitých léků buď fatální důsledek, který končí zánikem rýhujícího se vajíčka, nebo je poškození plně napraveno. Období do 12. – 14. týdne je velmi citlivé a je nutná velká opatrnost při předepisování a konzumaci léků. Období fetálního vývoje je nejbezpečnější přesto může vlivem toxických účinků léčiv dojít k poruchám vývoje a následného fungování orgánů, růstové retardaci, poruchám funkcí placenty a v závažných případech až ke smrti plodu. Poslední měsíc těhotenství je též specifickým obdobím. Pokud byly některé léky užívány dlouhodobě mohou na dítě mít vliv i po porodu. Dítě po porodu ztrácí funkce placenty a má sníženou detoxifikační schopnost. Vlivem nezralých jater dítěte může dojí k nežádoucímu a prodlouženému působení účinků léků. Posledním obdobím je období laktace, kdy mohou léky skrze mateřské mléko ovlivnit dítě. (tamtéž)

„U velké většiny přípravků zvýšené teratogenní působení nebylo prokázáno, ale protože není možné léčebné přípravky z hlediska teratogenního působení na lidských zárodcích testovat, nelze tyto účinky jednoznačně vyloučit.“ (Vavřinková & Binder, 2006, s. 447)

Pro shromažďování informací o nežádoucích účincích léků včetně vlivu na prenatální období bylo zřízeno mnoho národních i mezinárodních institucí. Mezi jednu z nejuznávanějších patří FDA. (tamtéž)

FDA kategorizuje léky do 5 skupin. U léků skupiny A nevyplynulo ze studií žádné riziko poškození plodu, u léků skupiny B se při studiích na zvířatech neobjevilo žádné riziko, ale studie na těhotných nebyly provedeny. Léky skupiny C mají prokazatelný nežádoucí efekt

u zvířat, studie na těhotných nebyly provedeny, nebo nejsou žádné dostupné informace. U léků skupiny D jsou dokázána rizika na nenarozený plod, ale lék je možno podat v kritické situaci, z důvodu nemožné náhrady jiným lékem. Poslední skupinou jsou léky X, u kterých výrazně převažují rizika nad pozitivním účinkem léku. (Kacířová & Grundmann, 2007)

3.1 Účinky jednotlivých teratogenů

Mezi prokázané teratogeny v prvním trimestru patří:

- lithium, které způsobuje srdeční malformace,
- fenytoin, karbamazepin, valproát, které způsobují defekty neurální trubice,
- retinoidy, které způsobují defekty končetin, srdce jater a CNS,
- walfarin, který způsobuje kostní deformity a defekty CNS,
- danazol, který způsobuje virilizaci (rozvoj druhotných mužských pohlavních znaků u žen) a pseudohermafroditismus,
- Cystatika, která způsobují četné malformace. (Vavřinková & Binder, 2006)

Mezi škodlivé léky v období fetálního vývoje patří:

- betablokátory (atenolol), které způsobují retardaci růstu,
- inhibitory ACE, které způsobují selhání ledvin a oligohydramnion (snížení plodové vody),
- tyreostatika (thiamazol, carbimazol, propylthiouracil), které způsobují poruchy funkce štítné žlázy,
- benzodiazepiny a barbituráty které způsobují útlum CNS,
- nesteroidní antirevmatika, které způsobují oligohydramnion a předčasné uzavření Botallovy dučeje,
- tetracykliny které způsobují poruchy vývoje kostí a skloviny,
- walfarin, který způsobuje intrakraniální krvácení,
- cytostatika, které způsobují poruchy vývoje. (Vavřinková & Binder, 2006)

3.2 Zásady při předepisování a užívání léků v těhotenství

- U žen v plodném věku je neustálé riziko, že je na počátku těhotenství,
- volně prodejné léky užívat jen s doporučením a po konzultaci s lékařem,
- v prvním trimestru omezit či úplně vyloučit užívání léků,
- je upřednostňována monoterapie nad užíváním více léků,
- užívat co možná nejmenší dávku léku, po co nejkratší dobu,
- užívat léky v době, kdy je riziko zvracení nejmenší,

- zvážení možných rizik a pozitiv léku,
- užívat dlouhodobě užívaný lék a vyhnout se novým lékům,
- využívat možností monitorování hladin léků. (Kacířová & Grundmann, 2007)

U pacientek s chronickým onemocněním jako je epilepsie či diabetes je vhodné, pokud pacientka s lékařem probere všechna rizika s tím spojená. Je vhodné těhotenství plánovat, a to na období, kdy je nutnost farmakoterapie u onemocnění co nejmenší. Je možné na určitou dobu léky vynechat a omezit tak riziko pro plod, či dávky léku rozložit do menších dávek přijímaných během celého dne. Velice vhodná je multidisciplinární spolupráce odborníků. (tamtéž)

4 Výživa v těhotenství

Nutnost dbát na správnou výživu v době gravidity se v posledních letech dostává do povědomí nejen nastávajících matek ale i široké veřejnosti. Volba vhodné stravy může totiž zásadním způsobem ovlivnit průběh těhotenství, a hlavně zdravotní stav novorozence. Dopady nesprávného stravování v době těhotenství se mohou projet už před nebo při porodu ale také až mnoho let po narození dítěte. (Gregora & Velemínský, 2013)

„Smyslem zdravé výživy ženy jak v období těhotenství, tak v období kojení je vytvoření podmínek pro optimální vývoj plodu, ev. kojence, při zachování dobrého nutričního stavu matky.“ (Svačina a kol., 2008, str. 297)

Kvůli výživě 2 (nebo více) jedinců je velmi obtížné stanovit doporučený denní příjem jednotlivých živin a energie. Často je založen na faktoriálních odhadech. Ty pracují s odhady potřeby ženy s připočtením odhadovaných potřeb dítěte. Nepočítá se však s metabolickými změnami během těhotenství či odlišných potřeb u podvyživených žen či obézních žen. (Svačina a kol., 2008)

„Kalorické potřeby plodu jsou výrazně nižší než u dospělého člověka, a to pouhých 300 kcal denně. Průměrný energetický příjem těhotné by se měl pohybovat kolem 2400 kcal denně. Přijímání většího, nebo naopak menšího počtu kalorií by mohlo být pro vývoj plodu nebezpečné.“ (Gregora & Velemínský, 2013, str. 40)

Svačina (2008) uvádí, že dle britských doporučení je vhodné příjem navýšit až ve třetím trimestru a to o 200 kcal. V praxi je meřítkem často optimální hmotnostní přírůstek, který je zhruba 10–12 kg.

Základními složkami ve výživě jsou tuky, bílkoviny, cukry, vitamíny a minerály. (tamtéž)

4.1 Tuky

Neboli lipidy. Jedná se o širokou skupinu látek, z nichž některé jsou pro tělo nepostradatelné a jiné jsou škodlivé. V těhotenství jsou velmi důležité esenciální mastné kyseliny, které hrají velkou roli při vývoji mozku. Tělo si tyto mastné kyseliny nedokáže samo vyrábět a musejí být dodávány v optimálním množství v potravě. (Gregora & Velemínský, 2013)

Esenciální mastné kyseliny řady n-3 jsou velmi důležité hlavně v posledním trimestru, kdy pomáhají rozvoji neuronálních struktur, ale také ovlivňují dobu porodu. (Svačina a kol., 2008)

Optimální příjem tuků přispívá ke správnému vývoji nervové tkáně a mozku plodu, snižuje riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte. (Hronek, 2004)

Průměrně by měla těhotná žena za den přijmout 70 gramů tuků. Omezit by měla převážně tuky živočišného původu. Denně se mohou jíst vejce, a sýr a občasně je možný i steak. Doporučuje se libové maso a nízkotučné mléčné výrobky. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.2 Bílkoviny

Neboli proteiny. Jsou základní stavební jednotkou pro lidské buňky a jsou velmi důležité pro vývoj plodu. Doporučený denní příjem je přibližně 60-75 gramů, a to odpovídá přibližně 180-250 gramům masa denně. Doporučuje se především maso z ryb. Mezi dalšími doporučenými potravinami jsou luštěniny či mléko. Běžně jsou bílkoviny v potravě zastoupeny dostatečně, ovšem rizikové skupiny žen ohrožené jejich nedostatkem jsou hlavně ženy drogově závislé, ženy s těžkým onemocněním, ženy s nízkým socioekonomickým zázemím, vegetariánky a veganky. (Gregora & Velemínský, 2008)

Nedostatek bílkovin představuje vážné riziko pro vývoj plodu a jeho mozku. Ukazuje se, že dávka bílkovin přímo koreluje s porodní délkou a hmotností novorozence. (Svačina a kol., 2008)

„U žen s průměrným příjmem bílkovin 45 g a méně byl medián porodní hmotnosti 2500 g, se zvětšujícím se příjmem bílkovin až do dávky 85-100 g připadalo na každých 10 g bílkoviny navýšení průměrné porodní hmotnosti o 240 g.“ (tamtéž, str. 298)

Nadměrný příjem bílkovin také může způsobit poškození ve vývoji slinivky které může vést k vyššímu riziku vzniku diabetu v dospělosti, také zvyšuje riziko vzniku srdečně cévních onemocnění. (Hronek & Barešová, 2012)

4.3 Cukry

Jsou součástí škrobů, glukózy a vláknin a jedná se o hlavní zdroj energie. Kryjí 50–80 % energetické potřeby člověka. Těhotná by je měla přijímat hlavně ve formě škrobů obsažených například v obilovinách, kořenové zelenině či bramborách. (Gregora & Velemínský, 2013)

U žen, které konzumovaly nadměrné množství sacharidů v prvním trimestru, se objevil zpomalený růst placenty. Po narození měly děti nižší porodní hmotnost, a i hmotnost placenty byla nižší oproti průměru. (Hronek & Barešová, 2012)

4.4 Vitamíny

Jsou velmi důležité pro lidský organismus. Některé z nich si neumí vytvořit a je potřeba je doplňovat stravou. Nedostatek vitamínů se nazývá hypovitaminóza a těžká forma avitaminóza. Mnoho vitamínů je citlivých na fyzikální a chemické vlivy, a tudíž nevhodné skladování či zpracování může způsobit jejich znehodnocení. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.4.1 Vitamín A

Podílí se na všech hlavních funkcích organismu. Je důležitý pro imunitu, vidění, ovlivňuje buněčný růst a dělení. Hraje důležitou roli při vývoji plic u plodu a jeho imunity. Nadměrný příjem může působit na plod velmi negativně a způsobit v extrémních případech vývojovou vadu. Hlavním zdrojem je mrkev, listová zelenina, nať petržele, vejce, játra či rybí tuk. (Gregora & Velemínský, 2013)

Kostiuk (2013a) uvádí, že nedostatek vitamínu A v graviditě může vést ke vzniku malformací plodu jako například rozštěp rtu nebo mikrocefalie.

4.4.2 Vitamín C

Je velmi důležitý pro správný vývoj kostí a zubů. Dále je důležitý pro regeneraci tkání a hojení. Je potřeba jej denně doplňovat, neboť se z těla rychle vyplavuje. Doporučená denní dávka je 30 miligramů. Nejvíce jej obsahují citrusy, paprika, křen, rajčata, jahody či brokolice. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.4.3 Vitamín D

Je přijímám skrze kůži pomocí ultrafialového záření. Nalezneme jej ale také v rybím tuku, játrech či mléku. Zvyšuje a udržuje hladinu fosforu a vápníku v krvi. Jeho nedostatek se v těhotenství projevuje snížením hustoty kostí u plodu, zpomalením vývoje a nižší porodní hmotností. Při extrémním nedostatku se může objevit křivice. Jeho nadměrné množství též působí na plod toxicky. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.4.4 Vitamín E

Užívá se k léčbě neplodnosti. V graviditě podporuje růst plodu a tvorbu tuku. Nedostatek může způsobit u plodu anémii, spontánní potrat či předčasný porod. (Hronek & Barešová, 2012)

4.4.5 Vitamíny skupiny B

Mezi nejdůležitější patří vitamín B1 (thiamin), B2 (riboflavin), B6 (pyridoxin), B12 (kobalamin), a kyselina listová. Všechny vitamíny řady B jsou velmi důležité pro vývoj mozku. Vitamín B1 brání únavě a udržuje chuť k jídlu a dobré trávení. Najdeme jej v bramborách či fazolích. B2 pomáhá spalovat cukry. B6 je důležitý pro metabolismus tuků a bílkovin. Nalezneme jej v droždí, otrubách či tmavém pečivu. B12 podporuje správnou funkci nervové soustavy a při nedostatku vzniká anémie. Nalezneme jej v mase, mléce a vejcích. (Gregora & Velemínský, 2013)

Kyselina listová se podílí na buněčném dělení a růstu. Nedostatek kyseliny listové na počátku těhotenství je spojován se vznikem defektu vývoje neurální trubice, zvýšenou pravděpodobností spontánního potratu, zpomalením růstu a předčasným porodem. Doporučuje

se preventivně u mladých žen a v období před otěhotněním dbát na její přiměřený příjem. (Svačina a kol., 2008)

4.5 Minerály

4.5.1 Železo

Je součást krevního barviva hemoglobinu. V něm se na železo váže kyslík a je dále transportován k orgánům a tkáním. Je důležité pro správný růst a vývoj plodu. Při nedostatku může dojít k chudokrevnosti. Vstřebávání železa urychluje vitamín C. Nalezneme jej v játrech, většině druhů mas, luštěninách, špenátu či rozinkách. (Pokorná a kol., 2008)

4.5.2 Hořčík

Je nutný pro správnou činnost svalů a nervů, pomáhá též zmírnit nervozitu a podrážděnost. Zlepšuje průběh těhotenství a snižuje riziko preeklampsie. (Hronek & Barešová, 2012)

4.5.3 Vápník

Důležitý pro vývoj kostí, zubů, svalstva, srdce a nervové soustavy. Při nedostatku vápníku jej plod čerpá přímo z kostní tkáně matky. Hlavními zdroji jsou mléko, zakysané výrobky, tvrdé sýry či ovocné šťávy. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.5.4 Zinek

Je důležitý pro růst, hojení ran a proti nevolnosti. U plodu podporuje vývoj imunitního systému a mozku. Je obsažen v dýňových semenech, korýších, jogurtech či tvrdých sýrech. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.5.5 Jód

Jeho nedostatek se může na plodu projevit již v 8. týdnu. A může způsobit spontánní potrat, novorozenecký hypotyreoidismus, mentální retardaci, nízkou porodní hmotnost a zvyšuje též riziko úmrtí při porodu. Jód je obsažen v obilovinách, ovoci, zelenině a mléčných výrobcích. (Svačina a kol., 2008)

4.5.6 Selen

Nedostatečné množství selenu v těle může způsobovat zvýšení rizika vzniku krevních sraženin a nádorového bujení. Vyskytuje se v kukuřici, cibuli či mořských plodech. (Gregora & Velemínský, 2013)

4.6 Tekutiny

V těhotenství se zvyšuje objem tělních tekutin a zvyšuje se také potřeba příjmu tekutin. Vhodný příjem jsou asi 2 litry, u sportujících žen i více než 2,5 litru. Doporučuje se hlavně čistá voda

a omezení slazených nápojů. Množství přijatých tekutin může mít vliv na objem plodové vody a vývoj plodu. (Gregora & Velemínský, 2013)

5 Věk

„V roce 1920 rodily ženy v průměru ve věku 30,2 roku, v roce 2012 dosahoval průměrný věk rodičky 29,8 roku. Zatímco dnes je průměrný věk matek ovlivněn odkládáním rození dětí do vyššího věku, za první republiky bylo mezi rodičkami relativně více těch, které rodily děti vyššího pořadí. Tehdy byla úhrnná plodnost téměř tři děti na jednu ženu, o 90 let později, v roce 2012, dosahovala hodnoty necelého 1,5 dítěte na ženu.“ (Kačerová, 2014, s. 36)

Tzv. druhý demografický přechod nastal v 60. letech minulého století v zemích západní a severní Evropy, v České republice se začal projevovat až v 80. letech. Vyznačuje se proměnou hodnotové orientace společnosti. Roste individualismus, rodina ztrácí nezastupitelnou funkci, zvyšuje se počet nesezdaných párů, neúplných rodin. Zvyšuje se věk, kdy lidé vstupují do manželství a kdy mají první dítě. Výsledkem je výrazný pokles úhrnné plodnosti. (tamtéž)

„Před mladými lidmi se otevřelo množství nových příležitostí. Mají možnost se vzdělávat, cestovat, věnovat se kariéře či svým zájmům nebo i dobrovolnické neplacené práci. Na druhou stranu se snaží k rodičovství přistupovat velmi zodpovědně a pro dítě se rozhodují, až když mají zajištěnou dobrou práci a jistotu bydlení. Odkládání mateřství může být ale i nechtěné, když především vzdělané ženy obtížně hledají partnera, který by akceptoval, že partneři jsou si ve vztahu rovnocenní.“ (Kačerová, 2014, s. 37)

Mezi další důvody, proč ženy odkládají těhotenství, uvádí Nichols (2017) lepší úroveň antikoncepce či špatné pracovní podmínky pro ženy s dětmi jako je nepružná pracovní doba.

Určitým milníkem v životě ženy je dosažení 25 let. V tomto věku se očekává, že žena začne vážněji přemýšlet o dítěti a budoucím mateřství. Často je však tento věk vnímám jako příliš časný pro pořízení si potomka. Období, kdy je žena ve věku 27–28 let, je poté vnímáno jako vhodné. Dosažení 30 let je označováno jako určitý milník, kdy by již žena měla mít stálého partnera a dostatek prostředků k zabezpečení dítěte. Věk 40 let je pak vnímán jako konec reprodukčního období ženy. (Bartošová, 2007)

5.1 Vývoj v České republice

V roce 2015 byla více než polovina rodiček v ČR ve věku 30 let či starší. Počet rodiček ve věku 35 let a vyšším neustále stoupá, stejně jako celkový průměrný věk rodiček. (ÚZIS ČR, 2018)

Dle údajů ÚZIS se v roce 2016 narodilo 121 mrtvě narozených dětí matkám ve věku 30–34 let, 113 mrtvorozených dětí matkám ve věku 25–29 let, 102 mrtvorozených dětí matkám ve věku 35 let a vyšším a 101 mrtvorozených u matek 24letých a mladších. (ÚZIS ČR, 2017)

5.2 Rizika v těhotenství spojená s vysokým věkem matky

I ženám ve věku 30–39 let se rodí převážně zdravé děti, nicméně po překročení věku 35 let se vysoce zvyšují určitá rizika. (Nichols, 2017)

Ženy se rodí se všemi oocyty, které kdy budou mít. Během života se jejich počet a také kvalita snižuje, zvyšuje se riziko problémů s otěhotněním. U mužů se s věkem snižuje počet spermií a také jejich pohyblivost. (tamtéž)

S věkem se také zvyšuje riziko vrozených chromozomálních abnormalit. Nejčastěji je zmiňován s vysokým věkem matky Downův syndrom. Ve věku 25 let matky je riziko že dítě bude postiženo Downovým syndromem přibližně 1:1 000. Ve věku 30 let je riziko přibližně 1:650, ve věku 35 let matky je 1:250. Ve věku 40 let je riziko 1:50 a ve věku 45 let matky vzroste riziko přibližně až na 1:20. (tamtéž)

S přibývajícím věkem se také vysoce zvyšuje riziko potratu. U žen ve věku 25 let je riziko přibližně 9 %. U žen ve věku 45 a více je riziko až 75 %. Zvyšující riziko je spojováno hlavně s klesající kvalitou oocytů ženy. (tamtéž)

Zvyšuje se též riziko úmrtí plodu mezi 20. – 28. týdnem těhotenství, které může být u žen vyššího věku více než dvakrát vyšší. Studie provedené ve Spojeném Království ukázaly, že u žen ve věku 18–34 let bylo úmrtí mezi 20. – 28. týdnem zaznamenáno u 4,7 na 1 000 dětí, u žen ve věku 35–40 let bylo u 6,1 na 1 000 dětí a u žen starších 40 let bylo 8,1 na 1 000 narozených dětí. (tamtéž)

S vysokým věkem matky se také zvyšuje riziko těhotenské cukrovky, patologického uložení placenty, nutnosti akutního císařského řezu, nízké či naopak vysoké porodní hmotnosti dítěte a poporodního krvácení. Ženy ve vyšším věku také častěji musí čelit nemocem jako je vysoký krevní tlak, diabetes nebo vysoký cholesterol, které mohou mít též vliv na vývoj těhotenství. (tamtéž)

5.3 Vysoký věk otce

Věk otců při početí dítěte se stále zvyšuje. Je udáváno, že přibližně 1 dítě z 10 má při početí otce staršího 40 let. U mužů ve věku 45 let a starších je o 14 % větší riziko předčasného porodu. Ve věku 50 a více let je toto riziko o 28 % větší. S vyšším věkem otců je také spojováno vyšší riziko epileptických záchvatů u dítěte. (Gordon, 2018)

Ve vyšším věku může u muže docházek k mutacím v DNA spermií. Tyto změny mohou ovlivnit jak vývoj dítěte, tak funkčnost placenty. (tamtéž)

6 Péče o rodiny s postiženým dítětem v raném věku

Raný věk je obdobím ve vývoji dítěte, kdy pro dobře odvedenou diagnostickou práci a zodpovědně postavený návrh individuálního plánu je třeba bohaté praxe odborného pracovníka, aby došlo ke skloubení jeho teoretických poznatků s mnohými praktickými zkušenostmi. (Potměšil in Valenta, 2017, s. 151)

6.1 Zásady intervence v raném věku

- Respektování požadavků klienta (respekt k veškerým specifickým zvláštnostem rodiny a dítěte),
- ochrana soukromí klienta,
- zajištění nezávislosti rodiny (nutnost nastavení podmínek, aby rodina nebyla závislá na jednom zdroji služeb, informací a péče),
- možnost a právo volby (zajišťuje pocit kontroly nad situací a možnost vlastního rozhodování),
- multidisciplinarita týmu (posouzení stavu dítěte mezioborovým týmem odborníků),
- zajištění přirozeného prostředí (důležité k naplnění základních potřeb dítěte, kdy je v raných fázích silně připoutáno k fixní osobě a ke známému prostředí, které v něm vytvářejí pocit jistoty a bezpečí),
- zajištění kontinuální péče,
- zajištění psychologické pomoci (zajišťuje se rodičům v období po zjištění diagnózy dítěte),
- poskytnutí informací o možnostech medicínských reparačních přístupů a dalších možných řešení neinvazivního typu,
- poskytnutí informací o druzích a možnostech komunikačních technik,
- rehabilitace ve všech oblastech postižení,
- předložení informací o sociálněprávní problematice,
- poskytnutí informací o technických pomůckách. (Potměšil in Valenta, 2014)

6.2 Raná péče

Jedná se o sociální službu zařazenou do kategorie sociální prevence, ukotvenou v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. kde je blíže popsána v paragrafu 54. Je zde popsána jako služba terénní případně doplněná ambulantní formou služby, která je poskytována dítěti a jeho rodičům do 7 let věku dítěte. (Potměšil in Valenta, 2014)

Jedná se o děti se zdravotním postižením nebo děti, jejichž vývoj je v důsledku nepříznivého zdravotního stavu ohrožen. Služba se zaměřuje na podporu vývoje dítěte s respektováním jeho specifických potřeb. (tamtéž)

Mezi základní činnosti služby rané péče patří:

- vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně-terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.)

6.3 Systém edukace a poradenský systém

Osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností a práva na plnohodnotné vzdělávání potřebuje podpůrná opatření je označována za dítě, žáka či studenta se speciálními vzdělávacími potřebami. Podpůrná opatření jsou poskytována v 5 stupních. Jedná se o nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách které reflektují zdravotní stav, kulturní prostředí či jiné životní podmínky osoby. Poskytování podpůrných opatření je bezplatné. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Podpůrná opatření zahrnují například úpravu očekávaných výstupů, využití kompenzačních pomůcek, využití asistenta pedagoga, vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu, úpravu metod, forem a obsahu vzdělávání, úpravy podmínek přijímání či ukončování vzdělávání. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Osoby se speciálními vzdělávacími potřebami mohou být vzdělávané ve školách hlavního vzdělávacího proudu, nebo mohou být vzděláváni ve školách, školních třídách, odděleních či studijních skupinách pro ně speciálně zřízené. Do nich může být osoba zařazena pouze na základě písemné žádosti zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce a doporučení školského poradenského zařízení. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Po dobu docházky do mateřského, základního a středního a vyššího odborného vzdělávání má rodina podporu školního poradenského pracoviště (ŠPP) a školského poradenského zařízení (ŠPZ). V ŠPP musí být vždy zastoupen výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří jsou někdy doplnění i speciálním pedagogem. Mezi ŠPZ se řadí pedagogicko-psychologická poradna (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC). (Vyhláška č. 72/2005 Sb.)

7 Výzkumy

V roce 2016 byl proveden výzkum na 388 respondentech s cílem zjistit informovanost lidí, ve věku 18 let a více, o chování v těhotenství, které může vést k poškození plodu či ovlivnění jeho vývoje. (Kluska, 2016)

Výzkumu se zúčastnilo 176 mužů a 212 žen. Přibližně třetinu respondentů tvořili studenti univerzitních technických oborů, další třetinu studenti univerzitních humanitních oborů

a poslední třetina byla vybrána náhodně dle stanovených kritérií. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti ve věku 20–22 let kteří tvořili 34 %. K výzkumu byl použit standardizovaný dotazník vytvořený Christine E. F. Delgado. (tamtéž)

Celkové vyhodnocení ukázalo spíše na podprůměrné znalosti i přesto, že 71 % dotazovaných uvedlo, že si je spíše vědomo potenciálních negativních vlivů na průběh těhotenství a vývoj plodu a 9 % uvedlo, že se v daném tématu orientují. Správnou odpověď na otázku, kdy je vhodné navštívit gynekologa, uvedlo 63 % respondentů. Správnou odpověď na otázku, ve kterém období je plod a jeho vývoj nejvíce ohrožen poškozením, správně odpovědělo 43 % respondentů. Otázku, která se věnovala riziku rozštěpu neurální trubice v důsledku kyseliny listové, správně odpovědělo 25 % respondentů. (tamtéž)

V roce 2007 byl proveden výzkum se 241 studenty Miamské univerzity, z nichž 137 bylo žen a 104 mužů. Věkově byla nejvíce zastoupena skupina 18–24 let. Výzkum probíhal pomocí standardizovaného dotazníku. (Delgado, 2007)

Průměrná úspěšnost byla 64 %. Spíše vědomo si potenciálních negativních vlivů na průběh těhotenství a vývoj plodu uvedlo 46 % respondentů a tvořili nejpočetnější skupinu, 10 % uvedlo, že se v daném tématu orientují. Správnou odpověď na otázku, kdy je vhodné navštívit gynekologa, uvedlo 78 % respondentů. Správnou odpověď na otázku, ve kterém období je plod a jeho vývoj nejvíce ohrožen poškozením, správně odpovědělo 40 % respondentů. Otázku, která se věnovala riziku rozštěpu neurální trubice v důsledku kyseliny listové, správně odpovědělo 32 % respondentů. (tamtéž)

VÝZKUMNÁ ČÁST

8 Cíle práce a výzkumné otázky

Obsahem teoretické části práce bylo seznámit čtenáře s rizikovými faktory v těhotenství se zaměřením na legální a nelegální drogy ale také na věk rodičů, užívané léky a stravu a jejich dopad na vývoj dítěte v těhotenství. Čtenáři byli dále seznámeni s možnostmi péče o rodiny s postiženým dítětem v raném, předškolním a školním věku.

Ve výzkumné části je cílem získat, popsat a analyzovat informace o povědomí žáků středních škol o problematice předložené v teoretické části, se zaměřením jak na jejich vědomosti, tak smýšlení. Také je cílem povědomí rozšířit či doplnit o informace nové.

8.1 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky přímo navazují na cíle práce. Jsou to:

1. Jaké jsou vědomosti žáků vybraných středních škol o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a o následné péči o rodiny s postiženým dítětem?
2. Jaké mají žáci vybraných středních škol názory na drogy a rizikové faktory v těhotenství?
3. Jaký mají žáci vybraných středních škol názor na výuku na základní či střední škole o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a péči o rodiny s postiženým dítětem?

8.2 Metody výzkumného šetření

8.2.1 Volba výzkumné metody

Jako výzkumné metody byly zvoleny beseda a dotazníkové šetření.

Besedu jsme zvolili proto, že je vhodným nástrojem pro předávání nových informací u zvoleného výzkumného souboru. Provedli jsme ji na základě power pointové prezentace (Příloha 3), která byla strukturována stejně jako teoretická část této práce.

Dotazník jsme zvolili, protože se dá administrovat skupinově a žáci jsou více zvyklí na tento způsob sdělování informací. Nestandardizovaný dotazník byl zvolen, protože jsme jej mohli přímo zaměřit na danou problematiku a zkoumané oblasti. Vytvořili jsme 2 dotazníky.

První byl použit na počátku besedy. Je tvořen 6 uzavřenými a 1 otevřenou otázkou. Jeho cílem je zjistit informace o výzkumném souboru. Druhý byl použit na konci besedy. Je tvořen 12 uzavřenými a 2 otevřenými otázkami. Jeho cílem je získat informace k zodpovězení výzkumných otázek. Větší četnost uzavřených otázek a také celkový rozsah dotazníků byly zvoleny z důvodu vyšší motivace respondenta k vyplnění dotazníků.

Otázky ve druhém dotazníku lze rozdělit do 3 skupin dle toho, na co se zaměřují. Jsou to vědomosti o drogách a rizikových faktorech v těhotenství (otázky č. 1, 5 a 7), názory na

rizikové faktory v těhotenství (otázky č. 2, 3, 4, 6 a 8) a názory na dosavadní výuku o rizikových faktorech a motivace k dalšímu vzdělávání se v dané problematice (otázky č. 9, 10 a 11).

8.3 Charakteristika výzkumného souboru

Školy jsme oslovovali emailovou cestou. Z 8 oslovených škol odpověděly kladně 3 školy. Tyto školy lze rozdělit do 3 typů: gymnázium, střední škola a střední odborná škola. Na prvních 2 typech škol je studium zakončeno státní maturitní zkouškou, na poslední jmenované absolventi získávají výuční list. Mezi obory, které respondenti studovali, byly například cukrář, dispečer či designer.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na žáky 3. a 4. ročníků středních škol. Tyto ročníky byly vybrány na základě skutečnosti, že se žáci již blíží k ukončení svého středoškolského vzdělání a budou se muset rozhodovat, zdali budou pokračovat ve studiu, pracovat či zakládat rodinu.

Výzkumný vzorek tvoří celkem 103 respondentů. Z toho je 85 žen a 18 mužů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 18 let.

Tabulka č. 1- Charakteristika výzkumného souboru

	Gymnázium		Střední škola		Střední odborná škola		Celkem
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
17 let	0	0	0	7	0	5	12
18 let	2	6	4	25	3	22	62
19 let	8	10	0	2	0	8	28
21 let	0	0	0	0	1	0	1
Celkem	26		38		39		103

Po ukončení aktuálního studia plánuje 75 respondentů, tedy 73 %, dále studovat. Volbu, že plánují dále pracovat, uvedlo 17 respondentů, tedy 16 %. 8 respondentů, tedy 8 %, uvedlo, že zatím neví, co plánují po ukončení aktuálního studia a 3 respondenti, tedy 3 %, uvedli možnost jiné. Všichni 3 uvedli, že chtějí studovat i pracovat zároveň.

Na otázku, jestli se někdy blíže zajímali o jedince s postižením, odpovědělo negativně 76 respondentů, tedy 74 %. Kladně odpovědělo 25 respondentů, tedy 24 % a 2 respondenti neuvedli odpověď.

Že ve své rodině či okolí mají někoho s postižením uvedlo 23 respondentů, tedy 22 %. Zápornou odpověď uvedlo 80 respondentů, tedy 78 %.

Na základní či střední škole probíralo téma antikoncepce, pohlavního styku či těhotenství 90 respondentů, tedy 87 %. 13 respondentů, tedy 13 %, uvedlo, že se této problematice v rámci svého dosavadního studia nevěnovali.

S tématem rizikových faktorů v těhotenství či narození dítěte s postižením se v rámci výuky na základní či střední škole setkalo 44 respondentů, tedy 43 %. 59 respondentů, tedy 57 %, uvedlo, že se s touto problematikou nesetkali.

8.4 Realizace výzkumu

Na začátku besedy byli žáci seznámeni s pouze s jejím tématem a poté byli vyzváni k vyplnění prvního dotazníku (Příloha 1). Vyplnění dotazníku žákům trvalo přibližně 3 minuty. Následovala beseda formou power pointové prezentace (Příloha 3) s výkladem, doplněná videi, která trvala zpravidla kolem 70 minut. Po jejím skončení byli žáci vyzváni k vyplnění druhého dotazníku (Příloha 2), jehož vyplnění jim zabralo 5-10 minut. V závěrečné části proběhla volná diskuze. Žáci se mohli v celém průběhu besedy na cokoli zeptat.

Získaná data poté byla analyzována a zpracována do tabulek a grafů v aplikacích Microsoft Excel a Microsoft Word.

9 Výsledky výzkumu

Pro lepší přehlednost uvedeme výsledky pro každý typ školy zvlášť a následně je porovnáme.

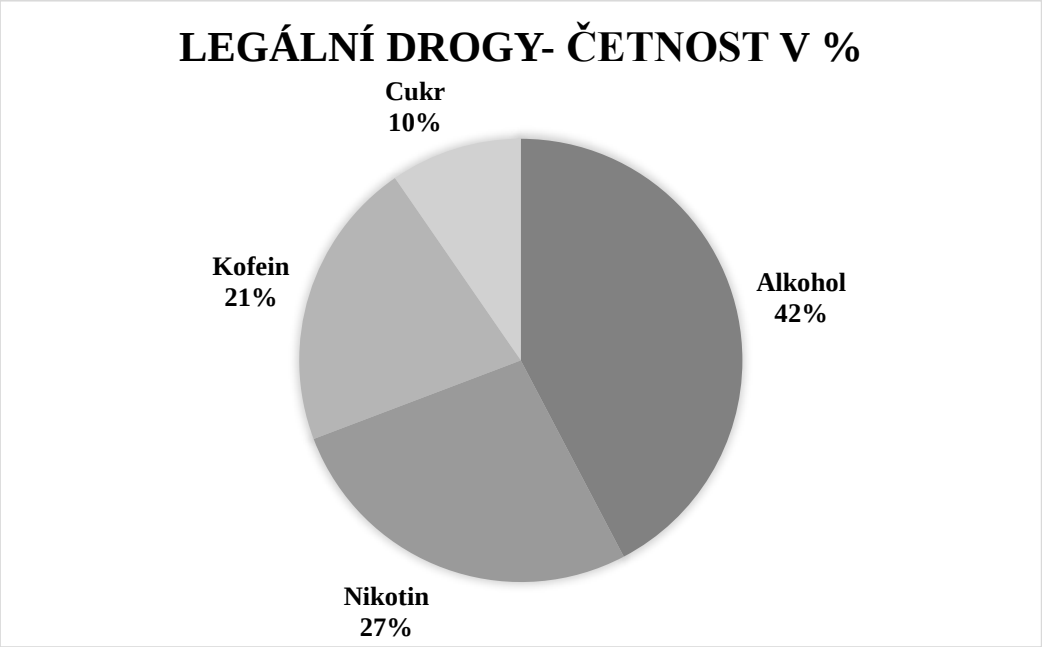
9.1.1 Gymnázium

Respondentů studujících gymnázium bylo 26.

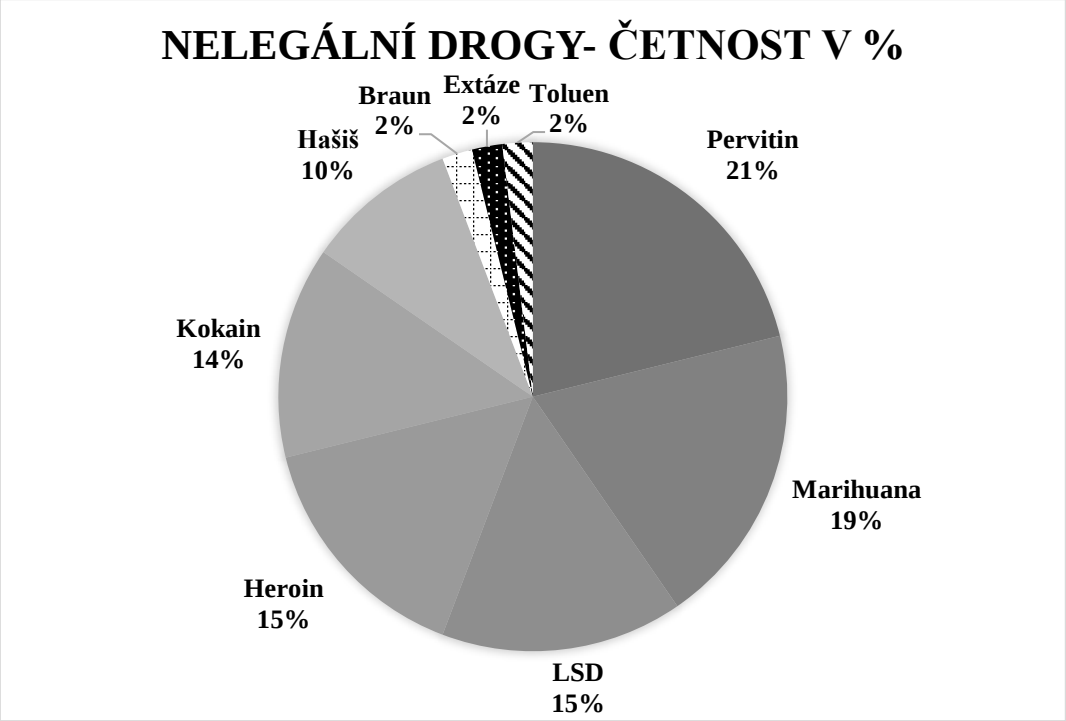
Otázka č. 1: Legální a nelegální drogy

Četnost drog uváděných respondenty je uvedena v následujících grafech:

Graf č. 1- Legální drogy gymnázium



Graf č. 2- Nelegální drogy gymnázium



Otázku č. 1 byli schopni zodpovědět správně všichni respondenti, úspěšnost byla 100 %. Z legálních drog nejvíce uváděli alkohol (22) a z nelegálních drog pervitin (11).

Otázka č. 2: Kouření v těhotenství

Celkem 10 mužů a 15 žen, tedy 96 % z dotazovaných uvedlo, že si myslí, že kouření v těhotenství může ovlivnit dítě i v pozdějším životě. 1 žena neuvedla odpověď.

Otázka č. 3: Kofein v těhotenství

Celkem 9 mužů a 14 žen, tedy 88 % z dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že vysoký příjem kofeinu v těhotenství (3 a více šálků denně) nemá negativní účinky na plod. 2 ženy uvedly opačnou odpověď. 1 muž neuvedl odpověď.

Otázka č. 4: Tělesná závislost

Celkem 3 muži a 6 žen, tedy 35 % uvedlo, že si myslí, že všechny drogy vyvolávají tělesnou závislost. Opačnou odpověď uvedlo 7 mužů a 10 žen, tedy 65 %.

Otázka č. 5: Pravdivost a nepravdivost u výroků

Otázka č. 5 byla strukturována do tabulky se 4 výroky, u kterých měli respondenti uvést jejich pravdivost či nepravdivost. Výroky zněly:

Výrok č. 1: Do 4. týdne těhotenství není nutné dbát na zvýšenou opatrnost v užívání léčiv.

Výrok č. 2: U dítěte s FAS se často vyskytuje růstová retardace či změny v obličeji.

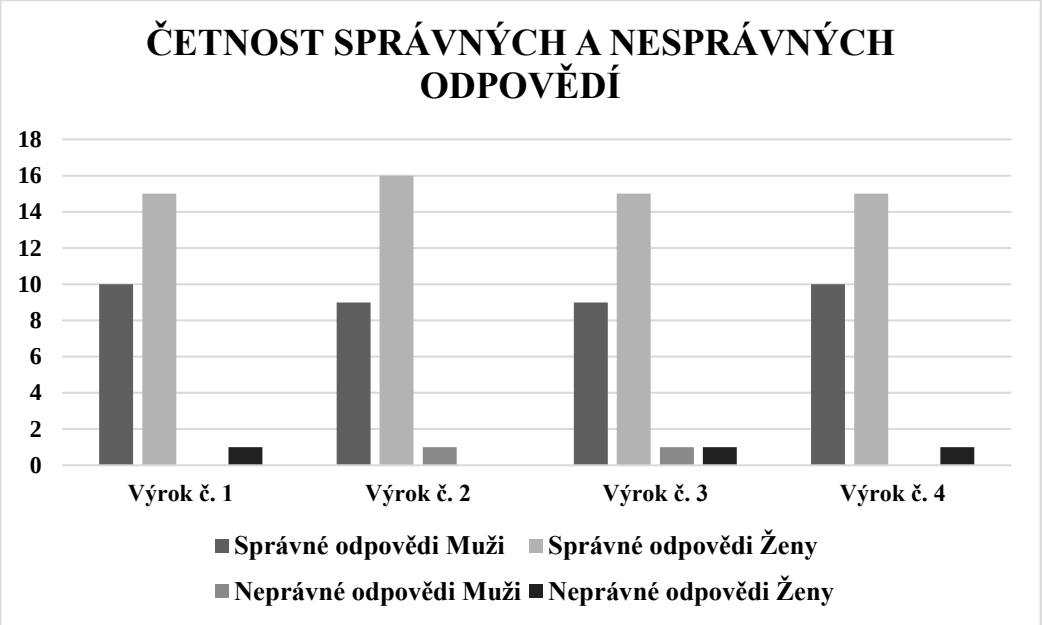
Výrok č. 3: Cigaretový kouř vdechovaný při pasivním kouření má nižší škodlivost.

Výrok č. 4: Průběh a délka novorozeneckého abstinenčního syndromu jsou u všech drog stejné.

Výrok č. 1 je nepravdivý. Výrok č. 2 je pravdivý. Výrok č. 3 je nepravdivý. Výrok č. 4 je nepravdivý.

U výroku č. 1 uvedlo správnou odpověď 25 respondentů, tedy 96 % a 1 respondent odpověděl špatně. U výroku č. 2 uvedlo správnou odpověď též 25 respondentů, tedy 96 %. U výroku č. 3 uvedlo správnou odpověď 24 respondentů, tedy 92 % a 2 respondenti, tedy 8 %, odpověděli nesprávnou možnost. U výroku č. 4 uvedlo 25 respondentů, tedy 96 %, správnou odpověď a jeden respondent nesprávnou. Celková průměrná úspěšnost je 95 %.

Graf č. 3- Výroky gymnázium



Otázka č. 6: Substituční látky

Celkem 10 mužů a 16 žen, tedy 100 % dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že látky, které se užívají k substituční léčbě (metadon, subutex), nemají žádné negativní účinky.

Otázka č. 7: Raná péče

Respondenti měli uvést, od kolika do kolika let věku dítěte, je poskytována sociální služba rané péče. Vzhledem k rozdílnosti odpovědí u mužů a žen uvedeme výsledky a úspěšnost pro každé pohlaví zvlášť.

Celkem 6 žen, tedy 37,5 %, uvedlo správnou odpověď, 10 žen, tedy 62,5 % uvedlo nesprávnou odpověď. Mužů bylo celkem 10. 2 muži, tedy 20 %, odpověděli správně a 8 mužů, tedy 80 %, odpovědělo nesprávně. Celková úspěšnost pro obě pohlaví je 31 %.

Otázka č. 8: Věk otce

Celkem 10 mužů a 15 žen, tedy 96 %, si myslí, že mezi rizikové faktory v těhotenství patří i věk otce na 45 let. 1 žena uvedla, že si to nemyslí.

Otázka č. 9: Výuka na ZŠ a SŠ

Celkem 3 muži a 3 ženy, tedy 23 %, uvedli, že si myslí, že jim výuka na základní či střední škole poskytla dostatek informaci o předloženém tématu. Opačný názor mělo 7 mužů a 13 žen, tedy 67 %.

Otázka č. 10: Pozornost tématu v rámci výuky na ZŠ či SŠ

Celkem 8 mužů a 15 žen, tedy 88 %, si myslí, že by se danému tématu měla věnovat větší pozornost v rámci výuky na základní či střední škole. 2 muži a 1 žena uvedli, že jsou opačného názoru.

Otázka č. 11: Zájem o téma

Celkem 3 muži a 9 žen, tedy 46 %, uvedlo, že v nich beseda podnítila zájem o předložené téma. 7 mužů a 6 žen uvedlo opačnou odpověď.

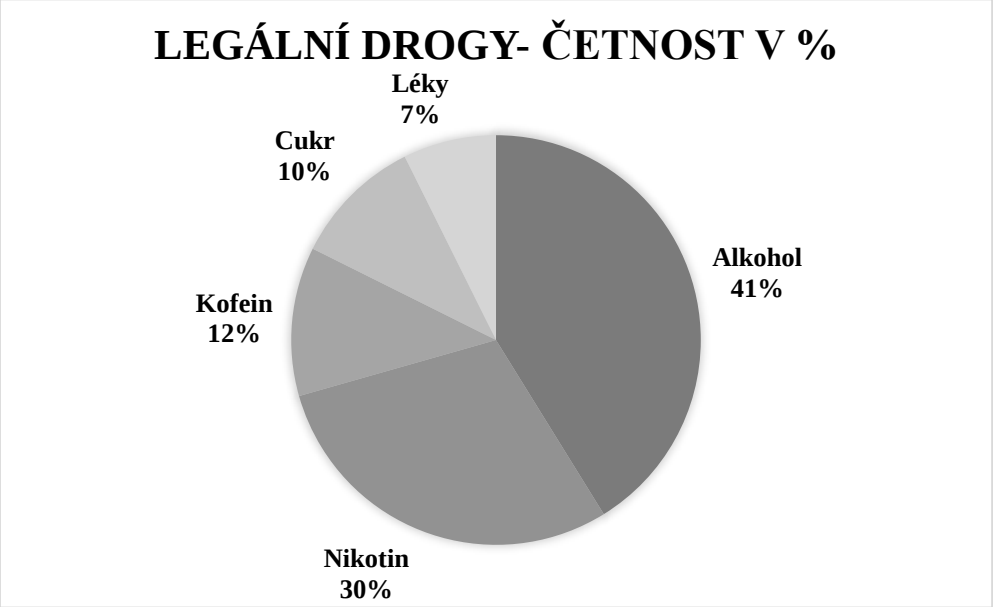
9.1.2 Střední odborná škola

Respondentů studujících střední odbornou školu a zúčastnili se výzkumu bylo celkem 39.

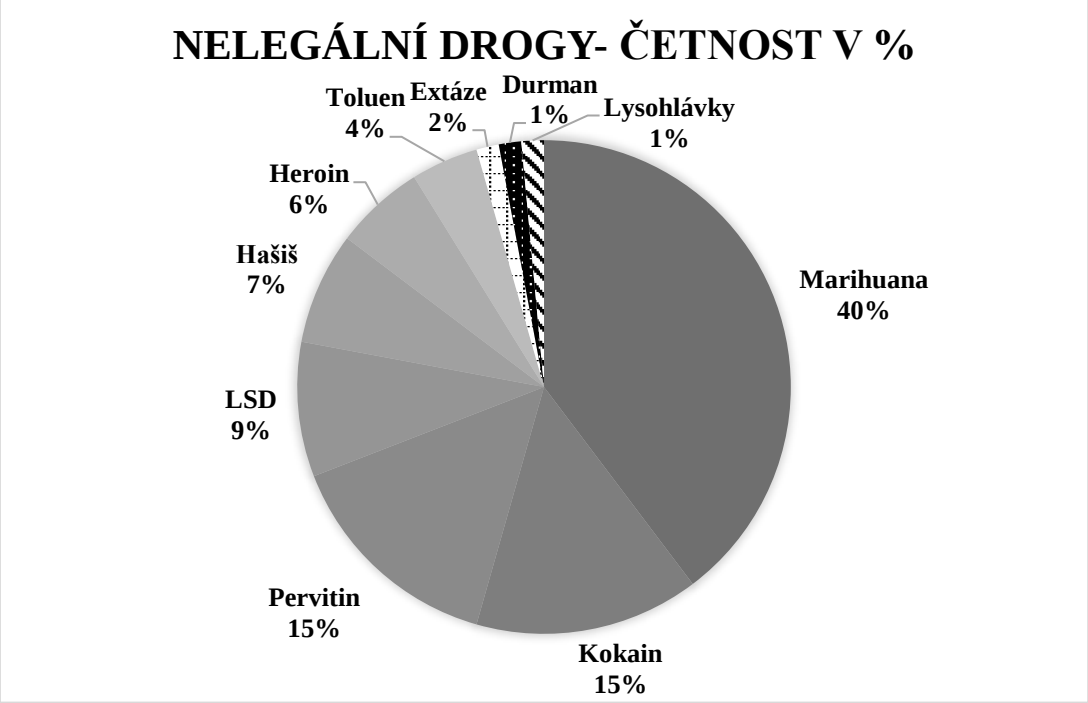
Otázka č. 1: Legální a nelegální drogy

Četnost drog uváděných respondenty je uvedena v následujících grafech:

Graf č. 4- Legální drogy střední odborná škola



Graf č. 5- Nelegální drogy střední odborná škola



První otázku správně zodpovědělo 34 respondentů, úspěšnost byla tedy 87 %. 5 respondentů uvedlo špatné odpovědi. Nejčastěji uváděnou legální drogou byl alkohol (28) a nelegální drogou marihuana (27).

Otázka č. 2: Kouření v těhotenství

Celkem 4 muži a 35 žen, tedy 100 % z dotazovaných uvedlo, že si myslí, že kouření v těhotenství může ovlivnit dítě i v pozdějším životě.

Otázka č. 3: Kofein v těhotenství

Celkem 4 muži a 26 žen, tedy 77 % z dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že vysoký příjem kofeinu v těhotenství (3 a více šálků denně) nemá negativní účinky na plod. 9 žen uvedlo opačnou odpověď.

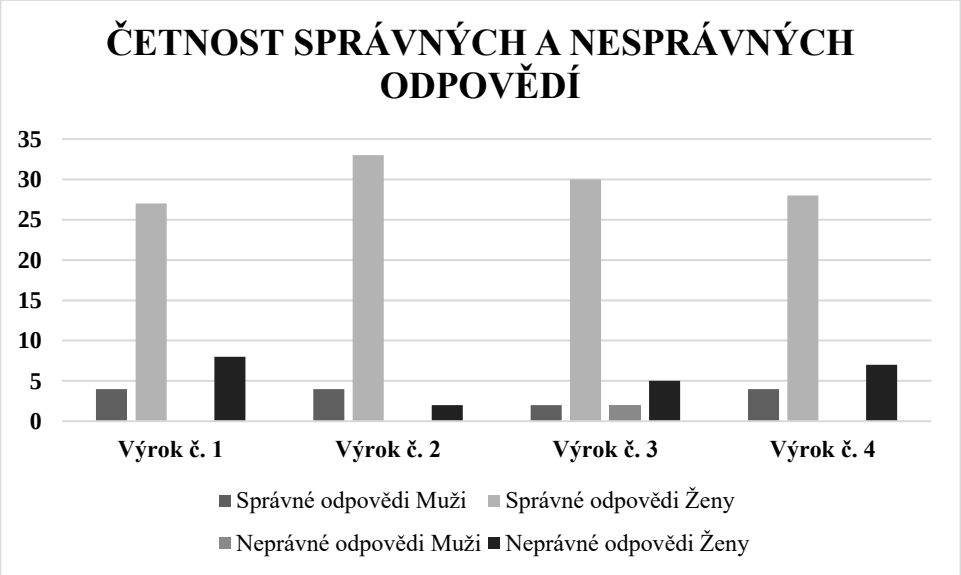
Otázka č. 4: Tělesná závislost

Celkem 2 muži a 15 žen, tedy 43,5 %, uvedlo, že si myslí, že všechny drogy vyvolávají tělesnou závislost. Opačnou odpověď uvedli 2 muži a 20 žen tedy 56,5 %.

Otázka č. 5: Pravdivost a nepravdivost u výroků

U výroku č. 1 uvedlo 31 respondentů, tedy 79 %, správnou odpověď a 8 respondentů, tedy 21 %, nesprávnou odpověď. U výroku č. 2 uvedlo správnou odpověď 37 respondentů, tedy 95 % a 2 respondenti, tedy 5 %, nesprávnou. U výroku č. 3 uvedlo správnou odpověď 32 respondentů, tedy 82 % a nesprávnou 7 respondentů, tedy 18 %. U výroku č. 4 uvedlo správnou odpověď 32 respondentů, tedy 82 % a 7 uvedlo odpověď nesprávnou. Celková průměrná úspěšnost je 84,5 %.

Graf č. 6- Výroky střední odborná škola



Otázka č. 6: Substituční látky

Celkem 4 muži a 26 žen, tedy 77 % dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že látky, které se užívají k substituční léčbě (metadon, subutex), nemají žádné negativní účinky. 9 žen uvedlo opačnou odpověď.

Otázka č. 7: Raná péče

Z celkem 35 žen uvedlo správnou odpověď 17 žen, tedy 48,5 %, nesprávnou odpověď uvedlo 18 žen, tedy 51,5 %. Všichni 4 muži uvedli nesprávnou odpověď. Celková úspěšnost pro obě pohlaví je 43,5 %.

Otázka č. 8: Věk otce

Celkem 3 muži a 33 žen, tedy 92 %, si myslí, že mezi rizikové faktory v těhotenství patří i věk otce na 45 let. 1 muž a 2 ženy uvedli, že si to nemyslí.

Otázka č. 9: Výuka na ZŠ a SŠ

Celkem 3 muži a 27 žen, tedy 77 %, uvedlo, že si myslí, že jim výuka na základní či střední škole poskytla dostatek informaci o předloženém tématu. Opačný názor měl 1 muž a 8 žen, tedy 23 %.

Otázka č. 10: Pozornost tématu v rámci výuky na ZŠ či SŠ

Celkem 3 muži a 29 žen, tedy 82 %, si myslí, že by se danému tématu měla věnovat větší pozornost v rámci výuky na základní či střední škole. 1 muž a 6 žen uvedlo, že jsou opačného názoru.

Otázka č. 11: Zájem o téma

Celkem 2 muži a 26 žen, tedy 72 %, uvedlo, že v nich beseda podnítila zájem o předložené téma. 2 muži a 9 žen uvedlo opačnou odpověď.

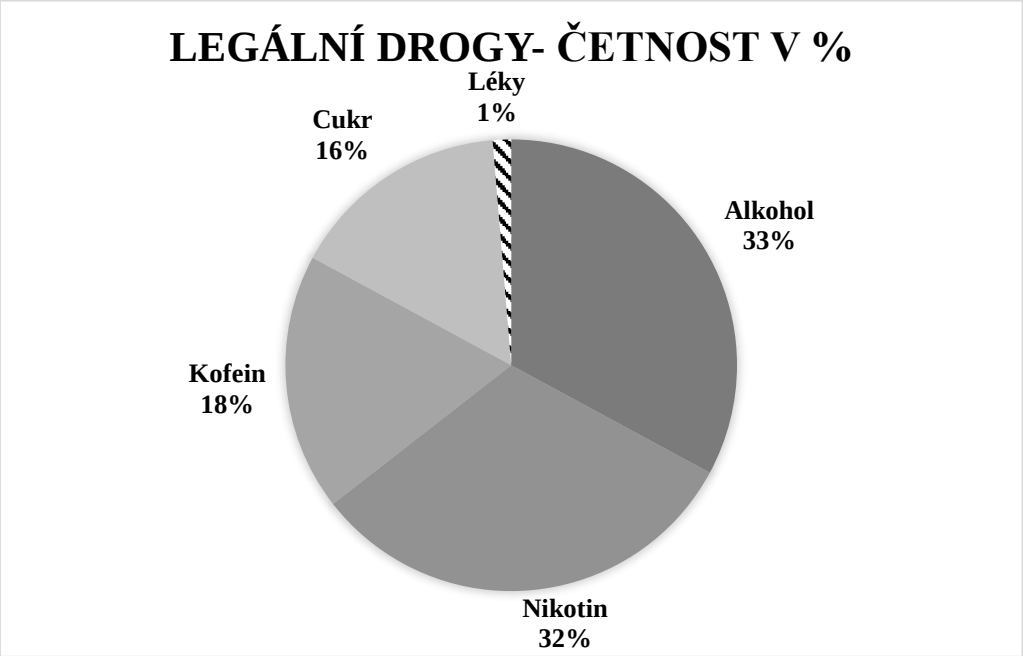
9.1.3 Střední škola

Respondentů studujících střední školu bylo celkem 38.

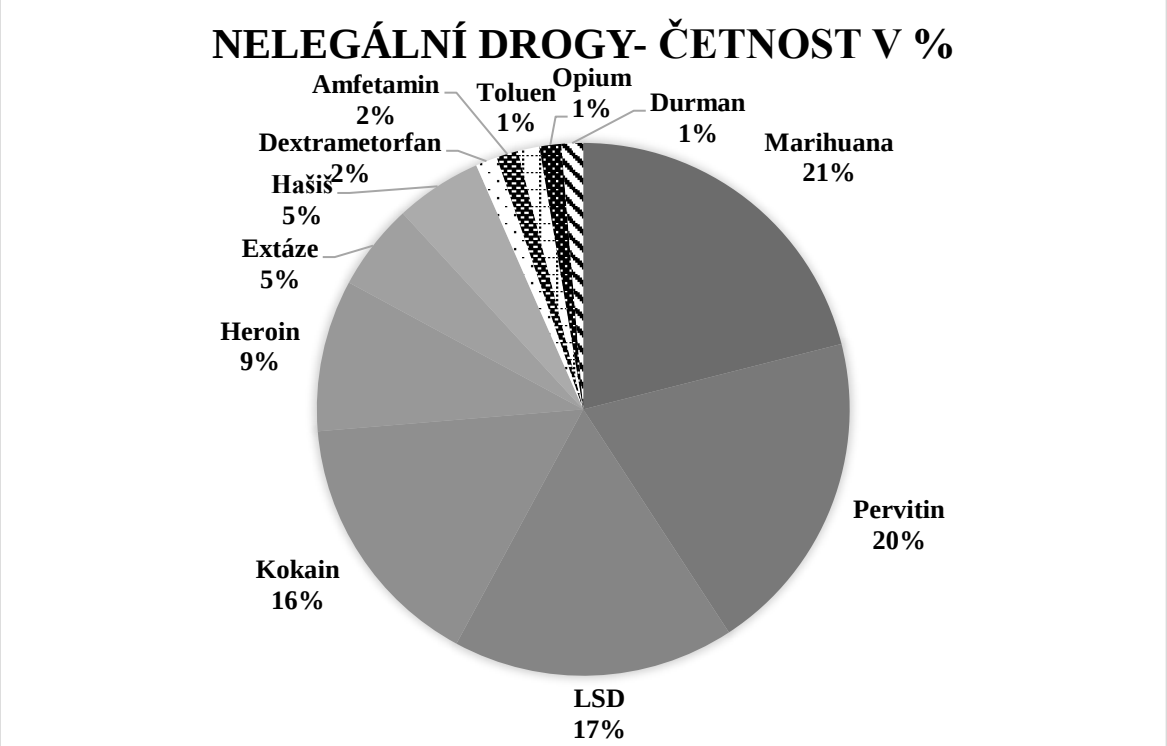
Otázka č. 1: Legální a nelegální drogy

Četnost legálních a nelegálních drog, které respondenti uvedli, je ukázána v následujících grafech:

Graf č. 7- Legální drogy střední škola



Graf č. 8- Nelegální drogy střední škola



Otázku č. 1 bylo schopno správně zodpovědět všech 38 respondentů, úspěšnost byla 100 %. Z legálních drog nejvíce uváděli alkohol (25) a z nelegálních drog marihuanu (16).

Otázka č. 2: Kouření v těhotenství

Celkem 4 muži a 34 žen, tedy 100 % z dotazovaných uvedlo, že si myslí, že kouření v těhotenství může ovlivnit dítě i v pozdějším životě.

Otázka č. 3: Kofein v těhotenství

Celkem 3 muži a 31 žen, tedy 89 % z dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že vysoký příjem kofeinu v těhotenství (3 a více šálků denně) nemá negativní účinky na plod. 1 muž a 3 ženy uvedli opačnou odpověď.

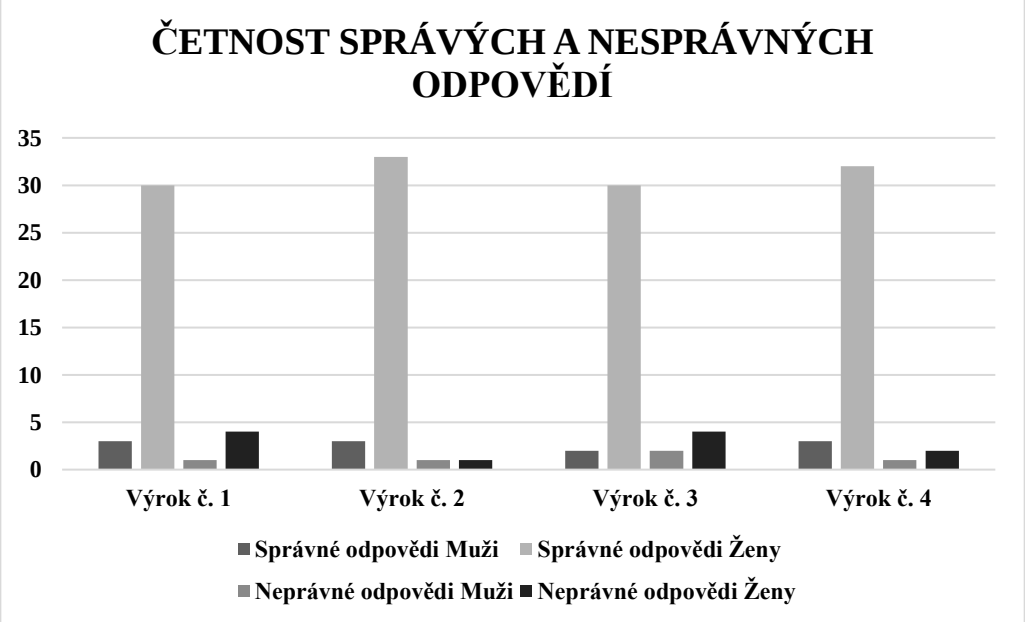
Otázka č. 4: Tělesná závislost

Žádný muž a 6 žen, tedy 16 % respondentů uvedlo, že si myslí, že všechny drogy vyvolávají tělesnou závislost. Opačnou odpověď uvedli 4 muži a 28 žen tedy 84 %.

Otázka č. 5: Pravdivost a nepravdivost u výroků

U výroku č. 1 uvedlo 33 respondentů, tedy 87 %, správnou odpověď a 5 respondentů, tedy 13 %, nesprávnou odpověď. U výroku č. 2 uvedlo správnou odpověď 36 respondentů, tedy 95 % a 2 respondenti, tedy 5 %, nesprávnou. U výroku č. 3 uvedlo správnou odpověď 32 respondentů, tedy 84 % a nesprávnou 6 respondentů, tedy 16 %. U výroku č. 4 uvedlo správnou odpověď 35 respondentů, tedy 92 % a 3 uvedli odpověď nesprávnou. Celková průměrná úspěšnost je 89,5 %.

Graf č. 9- Výroky střední škola



Otázka č. 6: Substituční látky

Celkem 3 muži a 31 žen, tedy 89 % dotazovaných uvedlo, že si nemyslí, že látky, které se užívají k substituční léčbě (metadon, subutex), nemají žádné negativní účinky. 1 muž a 3 ženy uvedli opačnou odpověď.

Otázka č. 7: Raná péče

Z celkem 34 žen uvedlo správnou odpověď 31 žen, tedy 91 %. Nesprávnou odpověď uvedly 3 ženy, tedy 9 %. Z celkem 4 mužů uvedli správnou odpověď 2 tedy 50 %. Celková úspěšnost pro obě pohlaví je 87 %.

Otázka č. 8: Věk otce

Celkem 2 muži a 34 žen, tedy 95 % si myslí, že mezi rizikové faktory v těhotenství patří i věk otce na 45 let. 2 muži uvedli, že si to nemyslí.

Otázka č. 9: Výuka na ZŠ a SŠ

Celkem 1 muž a 12 žen, tedy 34 % uvedlo, že si myslí, že jim výuka na základní či střední škole poskytla dostatek informaci o předloženém tématu. Opačný názor měli 3 muži a 22 žen, tedy 66 %.

Otázka č. 10: Pozornost tématu v rámci výuky na ZŠ či SŠ

Celkem 4 muži a 28 žen, tedy 84 % si myslí, že by se danému tématu měla věnovat větší pozornost v rámci výuky na základní či střední škole. 6 žen uvedlo, že jsou opačného názoru.

Otázka č. 11: Zájem o téma

Celkem 2 muži a 19 žen, tedy 55 % uvedlo, že v nich beseda podnítila zájem o předložené téma. 2 muži a 15 žen uvedlo opačnou odpověď.

9.1.4 Komparace výsledků

U otázky č. 1 je patrný rozdíl mezi školami dle způsobu jejich zakončení. Gymnázium i střední škola, tedy školy, u nichž je studium zakončeno maturitou, měly úspěšnost zodpovězení této otázky 100 %. Naopak střední odborná škola měla úspěšnost 87 %. Celková úspěšnost pro všechny školy je 95 %.

Kromě jednoho respondenta, který neuvedl odpověď, všichni respondenti napříč školami zodpověděli otázku č. 2 stejně, tedy že si myslí, že kouření v těhotenství může dítě ovlivnit i v pozdějším životě.

V rámci besedy jsme se věnovali též problematice kofeinu v těhotenství a jeho rizikovému množství. Přes 10 % respondentů z gymnázia i střední školy nepovažuje více jak 3 šálky denně za rizikové. U střední odborné školy se jednalo o více než 20 % respondentů.

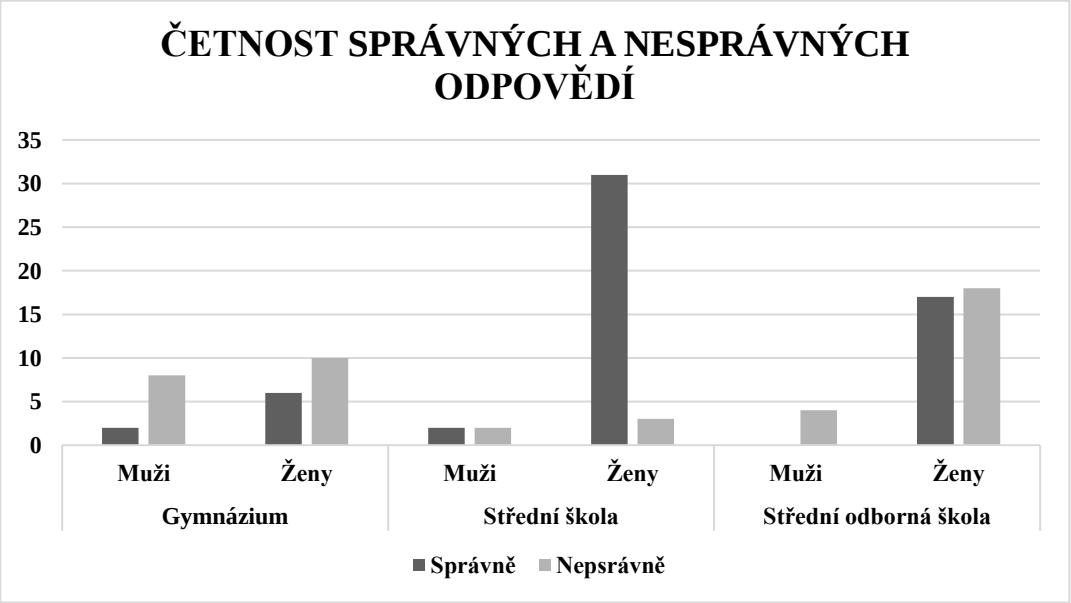
V otázce číslo 4. jsme se zaměřili pouze na problematiku vzniku tělesné závislosti u drog. Na každé škole byly výsledky značně odlišné. Na střední škole 16 % respondentů, na gymnáziu 35 % respondentů a na střední odborné škole 43,5 % respondentů si myslí, že všechny drogy způsobují tělesnou závislost.

Nejvyšší celkovou průměrnou úspěšnost v otázce č. 5 měli respondenti gymnázia. U respondentů gymnázia nebyla úspěšnost u jednotlivých výroků nikdy pod 90 %. Nejnižší úspěšnost, tedy 92 %, měli u výroku č. 3, u tohoto výroku měli nejnižší úspěšnost také respondenti střední školy s 84 %. Respondenti střední odborné školy měli nejnižší úspěšnost, tedy 79 %, u výroku č. 1. Celková úspěšnost pro všechny školy je u výroku č. 1 je 86 %, u výroku č. 2 je 95 %, u výroku č. 3 je 85 % a u výroku č. 4 je 89 %. Celková průměrná úspěšnost pro všechny školy je 89 %.

U otázky č. 6, která se věnovala škodlivosti substitučních látek (metadon, subutex) v těhotenství, uvedli všichni respondenti studující gymnázium, že mají negativní účinky. Tento názor má 89 % respondentů ze střední školy a 77 % respondentů ze střední odborné školy.

Správnost odpovědí u otázky č. 7 se velmi lišila nejen mezi typem škol, ale též mezi pohlavími. Největší úspěšnost měla střední škola s celkovou úspěšností 87 %. Na střední škole zodpovědělo 91 % žen správně, na střední odborné škole 48,5 % žen a na gymnáziu 37 % žen. Celková úspěšnost žen v této otázce je 63,5 %. Celkem 50 % mužů ze střední školy, 20 % mužů z gymnázia uvedlo správnou odpověď. Na střední odborné škole neuvedl žádný muž správnou odpověď. Celková úspěšnost mužů je 22 %. Celková úspěšnost všech škol je 56 %.

Graf č. 10- Správné a nesprávné odpovědi pro všechny typy škol



U otázky č. 8 převažoval názor, že věk otce na 45 let je rizikový faktor. Na gymnáziu tak odpovědělo 96 % respondentů, na střední škole 95 % a na střední odborné škole 92 %. Značné rozdíly lze však spatřit u pohlaví zvlášť. Na střední škole považuje věk otce na 45 let za rizikový faktor 50 % mužů a 100 % žen, na střední odborné škole 75 % mužů a 94 % žen a na gymnáziu má tento názor 100 % mužů a 94 % žen.

V odpovědích na otázky č. 9 a 10 uvedlo 77 % respondentů gymnázia, že jim výuka na ZŠ či SŠ nedala dostatek informací o dané problematice a 88 %, že by se jí měla věnovat větší pozornost. Na střední škole uvedlo 66 % respondentů že jim výuka nedala dostatek informací a 84 % uvedlo, že by se měla tomuto tématu věnovat větší pozornost. Na střední odborné škole uvedlo 23 % respondentů nedostatek informací a 82 % uvedlo, že by se měla tomuto tématu v rámci výuky věnovat větší pozornost.

Zda beseda v respondentech vzbudila zájem jsme se věnovali v 11. otázce. Kladnou odpověď uvedlo 72 % respondentů střední odborné školy, 55 % respondentů střední školy a 46 % respondentů gymnázia. 2 respondenti z gymnázia uvedli poznámku, že se dále již nechtějí tomuto tématu věnovat, neboť si myslí, že jim beseda předala dostatek informací.

9.1.5 Zodpovězení výzkumných otázek

Z analýzy dat nyní uvedeme odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

9.1.5.1 Vědomosti žáků o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a následné péči o rodiny s dítětem s postižením

První výzkumná otázka zní: Jaké jsou vědomosti žáků vybraných středních škol o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a o následné péči o rodiny s postiženým dítětem?

Této problematice se ve druhém dotazníku věnovaly otázky č. 1, 5 a 7. Na první otázku, zaměřenou na rozdělení drog na legální a nelegální, byli schopni respondenti gymnázia a střední školy zodpovědět se 100% úspěšností. Pouze na střední odborné škole byla úspěšnost 87 %. Celková úspěšnost je 95 %. Co se týče počtu druhů drog, které respondenti uvedli, u legálních drog se jednalo o 4–5 druhů u nelegálních drog o 9–12 druhů drog. U legálních drog nejvíce respondenti uváděli alkohol a nikotin což jsou 2 nejrozšířenější legální drogy. U nelegálních drog byly nejčastěji uváděnými drogami marihuana (u všech škol) pervitin a kokain.

U otázky číslo 5, která byla rozdělená na 4 výroky, byl nejčastěji správně zodpovídán výrok č. 2 o FAS a jeho symptomech, u nějž je celková průměrná úspěšnost 95 %. Respondenti zde museli mít dost informací nejenom o symptomech, ale též museli znát význam zkratky FAS. 89 % je úspěšnost u výroku č. 4, který se věnoval novorozeneckému abstinenčnímu syndromu a jeho průběhu v závislosti na typu drogy, které byl plod během těhotenství vystaven. Vysoká

úspěšnost mohla být podmíněna i doprovodnými videi k této problematice v rámci besedy. Nejnižší úspěšnost měla střední odborná škola, přesto nebyla nižší než 80 %.

U výroku č. 1 je celková úspěšnost 86 %. Věnoval se vlivu léků v období těhotenství do 4. týdne těhotenství. Tento výrok má jako jediný ze všech typů škol celkovou úspěšnost pod 80 % a to na střední odborné škole. Nejnižší celkovou průměrnou úspěšnost měl výrok č. 3, který se věnoval škodlivosti pasivního kouření. Nikotin byl jako typ legální drogy uváděn v četnosti na 2. místě a o škodlivosti pasivně přijímaného cigaretového kouře má špatné vědomosti 15 % respondentů. Nejnižší úspěšnost je na střední odborné škole, kde uvedlo špatnou odpověď 18 % respondentů.

Poslední otázka, která se věnovala vědomostem respondentů, byla č. 7 o rané péči a věkové skupině dětí, pro které je poskytována. U této otázky jsou největší rozdíly ve správnosti nejen mezi školami, ale též mezi pohlavími. Celkově mají ženy s 63,5 % vyšší úspěšnost než muži s 22 %. Nejvyšší úspěšnost měla střední odborná škola s 87 %, oproti střední odborné škole a gymnáziu, kde úspěšnost nepřesáhla přes 45 %.

9.1.5.2 Názory žáků na vliv drog a rizikové faktory v těhotenství

Druhá výzkumná otázka zní: Jaké mají žáci vybraných středních škol názory na drogy a rizikové faktory v těhotenství?

Názorům na jednotlivé rizikové faktory v těhotenství se věnovaly otázky č. 2, 3, 4, 6 a 8. Otázka č. 2 zkoumala názor na kouření a jeho vliv na dítě v pozdějším životě. U respondentů z gymnázia a střední školy všichni respondenti zastávali názor, že kouření v těhotenství má vliv na dítě i v pozdějším životě. 13 % respondentů ze střední odborné školy zastává opačný názor. Rádi bychom tuto informaci propojili s otázkou č. 5 a výrokem č. 3, kde uvedlo 17 % respondentů ze střední odborné školy nesprávnou odpověď u problematiky vlivu pasivního kouření na plod v těhotenství.

Otázka č. 3 se věnovala vlivu nadměrných dávek kofeinu v těhotenství na plod. Kofein byl v otázce č. 1 uváděn jako 3. nejčastější droga. Více než 20 % respondentů střední odborné školy zastává názor, že více než 3 šálky kávy v těhotenství denně nenesou žádné riziko na vývoj plodu. Na střední škole a gymnáziu tento názor zastává více než 10 % respondentů.

Otázka č. 4 se věnovala drogám a typům závislostí, které způsobují. Nejznámějšími představiteli drog, které nezpůsobují tělesnou závislost, jsou například LSD (halucinogenní drogy) či marihuana (kanabioidy). Marihuana byla jednou z nejuváděnějších drog v otázce č. 1 a LSD byl dle četnosti na 3. – 4. pozici. Více než 40 % respondentů ze střední odborné školy si myslí, že všechny drogy vyvolávají tělesnou závislost. Na gymnáziu je to přes 30 % a na střední odborné škole je to přes 15 %.

Substituční léčba drogové závislosti v těhotenství má negativní účinky na plod. Tento názor zastávají všichni respondenti gymnázia. Přes 10 % respondentů střední školy a 20 % respondentů střední odborné školy si myslí, že subutex či metadon nemají žádné negativní účinky na plod.

S věkem otce jako rizikovým faktorem byla v rámci besedy seznámena většina respondentů poprvé, tak alespoň odpovídali respondenti na naši položenou otázku, v rámci besedy. V dotazníku uvedlo nad 90 % respondentů ze všech typ škol, že si myslí, že věk otce nad 45 let je rizikový faktor v těhotenství. Největší rozdíl mezi pohlavími byl na střední škole, kde jej za rizikový faktor považovalo 100 % žen a 50 % mužů.

9.1.5.3 Názory žáků na výuku o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a péči o rodiny s postiženým dítětem

Třetí výzkumná otázka zní: Jaký mají žáci vybraných středních škol názor na výuku na základní či střední škole o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a péči o rodiny s postiženým dítětem?

Názorům na výuku se věnovaly otázky č. 9 a 10. Celkem 77 % respondentů střední odborné školy uvedlo, že si myslí, že výuka na základní či střední škole jim poskytla dostatek informací o předloženém tématu. Přesto jejich celková úspěšnost, v otázkách zaměřených na vědomosti o daném tématu, byla u 1. a 5. otázky nejnižší a u 7. otázky druhá nejnižší. Nicméně 82 % respondentů střední odborné školy zastává názor, že by se tomuto tématu měla v rámci výuky věnovat větší pozornost.

Celkem 66 % respondentů střední školy uvedlo, že výuka nebyla dostatečná a 84 % zastává názor, že by se tématu měla věnovat větší pozornost. Nejvíce respondentů, tedy 77 %, kteří uvedli, že dosavadní výuka byla nedostatečná, byli respondenti z gymnázia. 88 % také uvedlo, že by se danému tématu měla věnovat větší pozornost v rámci výuky. Respondenti gymnázia měli nejvyšší celkovou průměrnou úspěšnost v otázce č. 5, naopak měli nejnižší úspěšnost v otázce č. 7.

10 Diskuze

V této kapitole shrneme hlavní výsledky výzkumu a uvedeme jej do kontextu výzkumů dalších. Dále se budeme věnovat limitům metodologie a výzkumného souboru. V závěru navrhneme možnosti pro další zkoumání.

10.1 Výsledky výzkumu

Otázky v dotazníkovém šetření se zaměřovaly na 3 oblasti a těmi byly vědomosti studentů o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a péče o rodiny s postiženým dítětem, dále na oblast názorů na drogy a rizikové faktory v těhotenství a také na oblast názorů na vzdělávání o rizikových faktorech a možnosti narození dítěte s postižením.

Na vědomosti respondentů se zaměřovaly 3 otázky. Z nich byly 2 otevřené a poslední byla tvořena 4 výroky, u nichž respondenti rozhodovali o jejich správnosti či nesprávnosti. Výzkum odhalil velmi dobrou znalost drog, co se týče jejich rozdělení na legální a nelegální u respondentů gymnázia a střední školy. Pouze u střední odborné školy byla úspěšnost 87 %. Nejčastěji uváděnou legální drogou byl alkohol, z nelegálních byla nejčastěji uváděna marihuana. Celková průměrná úspěšnost pro všechny školy přesahuje přes 90 %.

Významně velká shoda pro všechny typy škol nastala v otázce č. 2, kde kromě jednoho respondenta, který otázku nevyplnil, se všichni dotazovaní shodli, že si myslí, že kouření v těhotenství může mít na dítě dopad i pozdějším životě.

V roce 2007 byl proveden výzkum na Miamské univerzitě pomocí standardizovaného dotazníku vytvořeného Christine E. F. Delgado. Výzkumu se zúčastnilo 241 respondentů. Jako rizikovou látku pro těhotenství vybralo alkohol 98 % respondentů, cigarety 98 % a kokain 97 % respondentů. Pouze 89 % respondentů uvedlo jako nebezpečné užívání marihuany. Celkem 86 % respondentů uvedlo výrok, že k vážnému poškození plodu může dojít i jednorázovou konzumací více než 5 alkoholických nápojů těhotnou ženou, jako pravdivý. (Delgado, 2007)

V otázce č. 3 již byly mezi názory respondentů jednotlivých škol rozdíly. Na všech typech škol převažoval názor, že konzumace více než 3 šálků kávy denně je riziková a může způsobit negativní účinky. Opačného názoru bylo více než 10 % respondentů gymnázia a střední školy a více než 20 % respondentů střední odborné školy.

Rozdílnost názorů na otázku č. 4 byla mezi jednotlivými školami ještě vyšší. Celkem 43, 5 % respondentů střední odborné školy, 35 % respondentů gymnázia a 16 % respondentů střední školy si myslí, že všechny drogy způsobují tělesnou závislost. Drogy, které tělesnou

závislost nezpůsobují, byly u respondentů známé, neboť marihuana byla nejčastěji uváděna v otázce č. 1 jako nelegální droga a LSD byl v četnosti na 3. – 4. pozici.

Výrokem, v rámci otázky č. 5, s nejvyšším počtem správných odpovědí, byl výrok č. 2, který se zaměřoval na FAS a jeho symptomy, s celkovou průměrnou úspěšností 95 %. Symptomům FAS se věnoval též výzkum od Ch. E. F. Delgado (2007), v němž správou odpověď uvedlo 81 % respondentů.

Druhá nejvyšší úspěšnost, tedy 89 %, byla u výroku č. 4, který se věnoval problematice novorozeneckého abstinenčního syndromu a jeho průběhu v závislosti na typu drogy. U výroku č. 1 byla úspěšnost 86 %. Tento výrok se věnoval lékům a jejich užívání v prvních 4 týdnech těhotenství. Výzkum provedený v roce 2016 na 388 respondentech se věnoval mimo jiné otázce ohrožení plodu v těhotenství látkami jako jsou léky, drogy či toxiny. 45 % respondentů uvedlo, že riziko poškození je po celou dobu těhotenství stejné. 43 % respondentů uvedlo správnou odpověď, tedy že riziko je největší v prvních 12 týdnech. (Kluska, 2016)

Nejnižší úspěšnost byla u výroku č. 3, který se týkal škodlivosti pasivního kouření. Průměrně 15 % respondentů uvedlo nesprávnou odpověď.

Negativním účinkům substitučních látek, jako je metadon či subutex, se věnovala otázka č. 6. Všichni respondenti gymnázia uvedli, že si myslí, že tyto látky mají negativní účinky na plod během těhotenství. Opačného názoru bylo 11 % respondentů střední školy a 23 % respondentů střední odborné školy.

Otázka č. 7 byla zaměřena na věkovou skupinu dětí, kterým je poskytována služba rané péče. Vysokou úspěšnost v této otázce měli respondenti střední školy, kteří měli celkovou úspěšnost 87 %. Z celkových 34 žen odpovědělo správně 31 žen. Ze 4 mužů odpověděla polovina správně. Úspěšnost na zbylých typech škol nepřesáhla 50 %. Na střední odborné škole byla úspěšnost 37,5 % a na gymnáziu 31 %.

Věk otce nad 45 let považovalo za rizikový faktor celkově 83 % mužů a 96 % žen.

Na střední odborné škole uvedlo 77 % respondentů, že jim výuka na základní či střední škole dala dostatek informací ohledně drog, rizikových faktorů v těhotenství a možností péče o rodiny s postiženým dítětem. Stejný názor mělo pouze 34 % respondentů středních škol a 23 % respondentů gymnázia. Názor, že by se měl této problematice přikládat větší důraz v rámci výuky na základní či střední škole, mělo na každé škole více než 80 % respondentů. V rámci výzkumu v roce 2016 uvedlo z 388 respondentů celkem 71 %, že si spíše je vědoma rizikových vlivů na vývoj plodu, 18 % respondentů uvedlo, že si jich vědoma spíše není. 9 % respondentů uvedlo, že se problematice orientují a 2 % respondentů uvedlo, že se v dané problematice neorientují vůbec.

10.2 Limity metodologie a výzkumného souboru

Výzkumná část byla provedena na vybraných středních školách 3 typů: gymnázium, střední škola a střední odborná škola. Výzkum proběhl formou besedy a dotazníkového šetření. Besed se zúčastnilo a dotazník vyplnilo dohromady 103 respondentů. Z nich je 18 mužů a 85 žen. Nejvíce je zastoupen věk 18 let.

Právě nedostatek mužských respondentů vnímáme jako problémový. Nedostatek mužských respondentů byl zapříčiněn hlavně malou četností mužů na zkoumaných oborech a školách. Pro školy s obory se zastoupením převážně mužským ovšem nebyla beseda dostatečně atraktivní a výzkum se nepodařilo uskutečnit.

Dále se jevilo jako problémové uchopit vyznění některých dotazníkových otázek. Hlavně otázka č. 11 v dotazníku č. 2, která se týkala zájmu o předložené téma v besedě. Ojediněle u této otázky s negativní odpovědí byla dopsána poznámka respondenta, že jej beseda zaujala, ale předala mu dostatek informací a on již nemá motivaci se o téma dále zajímat. Proto by bylo vhodné tuto otázku upřesnit nejlépe další otázkou, zaměřenou na možnost budoucího dalšího vzdělávání v tomto tématu.

10.3 Perspektivy dalšího bádání

Výzkum pomohl odhalit jaká je informovanost žáků vybraných středních škol o drogách, rizikových faktorech v těhotenství a následné péči o rodiny s dítětem s postižením. Další výzkumy v této oblasti by mohly využít získaných poznatků a získat plošnější náhled zahrnutím většího počtu škol a respondentů do výzkumného vzorku.

Výzkumný vzorek tvořili žáci středních škol, další zmíněné výzkumy byly často cíleny na studenty vysokých škol. Velmi zajímavé by jistě bylo provést výzkum ve starší věkové skupině 26–30 let. Tedy skupině, pro kterou se otázka založení rodiny často stává přímo aktuálním tématem.

Závěr

Tato bakalářská práce se v teoretické části zabývala statistickými údaji pro ČR v oblastech počtu obyvatel se zdravotním postižením, natality, vrozených vývojových vad, novorozenecké úmrtnosti či počtu osob se závislostí se zaměřením na ženy. Dále se zabývala rizikovými faktory v těhotenství, jako jsou legální a nelegální drogy, strava, léky či věk rodičů. Věnovala se také tématu sociální služby rané péče pro rodiny s postiženým dítětem a možnostmi vzdělávání dítěte s postižením.

Výzkumná část je zaměřena na zkoumání informovanosti žáků vybraných středních škol o problematice předložené v části teoretické. Výzkum probíhal skrze besedy na školách, které byly doplněny dotazníkovým šetřením. Hlavním cílem bylo získat data ve třech oblastech zkoumání, a to vědomosti o drogách a rizikových faktorech v těhotenství a péči o rodiny s dítětem s postižením, dále oblast názorů na drogy a rizikové faktory a oblast názorů na vzdělávání v oblasti drog, rizikových faktorů a péče o rodiny s dítětem s postižením. Výstupem výzkumu pak byla nejen data, ale také možné zvýšení povědomí o této problematice a zvýšení motivace k dalšímu vzdělávání v tomto tématu u zkoumaných respondentů.

Z analýzy získaných dat bylo zjištěno, že respondenti se většinově orientují v základním rozdělení drog. Oblast vlastností drog a důsledků, které mohou způsobit, již respondentům činila určité potíže. Výzkum prokázat také často nedostatky ve vědomostech v oblasti kouření v těhotenství či rizikovosti užívání léčiv v těhotenství. Nejvíce problémovou oblastí byla otázka týkající se sociální služby rané péče.

Názory na jednotlivé rizikové faktory se často lišily nejen mezi pohlavími, ale též mezi typy škol. Většina respondentů však uvedla, že dosavadní výuku o dané problematice nepovažuje za dostatečnou a měla by se jí věnovat větší pozornost v rámci výuky na základní či střední škole.

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO – World health organization – Světová zdravotnická organizace

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

SZÚ – Státní zdravotní ústav

HIV – Human immunodeficiency virus – Virus lidské imunitní nedostatečnosti

FASDs – Fetal alcohol spectrum disorder – Spektrum vrozených alkoholových poruch

FAS – Fetal alcohol syndrome – Fetální alkoholový syndrom

ARND – Alcohol related neurodevelopmental disorder – Poruchy nervového vývoje spojené s alkoholem

SNÚK – Syndrom náhlého úmrtí kojence

SIDS – Sudden infant death syndrome – Syndrom náhlého úmrtí kojenců

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

RDS – Respiratory distress syndrome – Syndrom dechové tísně novorozence

IQ – Intelligence quotient – Inteligenční kvocient

CNS – Central nervous systém – Centrální nervová soustava

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome – Syndrom získaného selhání imunity

FDA – Food and Drug Administration – Úřad pro kontrolu potravin a léčiv

ŠPP – Školní poradenské pracoviště

ŠPZ – Školské poradenské zařízení

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

SPC – Speciálně pedagogické centrum

Seznam použitých zdrojů a literatury

BARTÁK, M. (2018). Dunston et al.: Snižování škod způsobených alkoholem prezentované ve veřejnozdravotních kampaních – analýza témat, cílů, citového zabarvení, provedení a cílových skupin. Komentovaný překlad. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(1), s. 14–18.

BARTOŠOVÁ, M. (2007). Životní dráhy prvorodiček po třicítce: proč mít dítě později?. *Gender a výzkum*, 8(2). s. 75-81

BINDER, T. (2006). Farmakoterapie v graviditě. *Interní medicína*, 2006(10), s. 447-450

CALDA, P. (2015). Kofein a těhotenství. *Actual Gynecology*, 2015(7), s. 21-22

Český statistický úřad (2014, 30. dubna). *Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013*. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb

Český statistický úřad (2016, 13. prosinec). *Porodnost a plodnost za období 2011–2015*. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/32853427/13011816a.pdf/e7dad6a0-67af-40eb-bcf1-a47b36167dbe?version=1.0

DELGADO, CH. (2007) Undergraduate Student Awareness of Issues Related to Preconception Health and Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 2008(12), s. 774–782

GORDON, S. (2018, 1. listopad). *Dad's Age May Play Role in Pregnancy Outcomes.* [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://consumer.healthday.com/pregnancy-information-29/pregnancy-risks-news-546/dad-s-age-may-play-role-in-pregnancy-outcomes-739200.html

GREGORA, M., & VELEMÍNSKÝ, M. (2013). *Čekáme děťátko* (2. vyd.). Praha: Grada

GREGORA, M., & VELEMÍNSKÝ, M. (2017). *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha* (2. vyd.). Praha: Grada

HÁJEK, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství* (1. vyd.). Praha: Grada

HRONEK, M. (2004). *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení* (1. vyd.). Praha: Maxdorf

HRONEK, M., & BAREŠOVÁ, H. (2012). *Strava těhotných a kojících: Svazek XVIII*. Praha: Forsapi

HRUBÁ, D. (2011). Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*, 15(1), s. 34–39

KACÍŘOVÁ, I., & GRUNDMANN, M. (2007). Léky a těhotenství. *Klinická farmakologie a famracie.* 21(3–4), s. 137–143

KAČEROVÁ, E. (2014). České matky stárnou. *Statistika&My*, 4(3), s. 36–37

KALINA, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. Monografie (Úřad vlády České republiky), No. 1.

KALINA, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada

KLUSKA, V. (2016, 27. ledna). *Povědomí mladých lidí o těhotenství a vlivu rizikových faktorů na vývoj plodu*. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/povedomi-mladych-lidi-o-tehotenstvi-a-vlivu-rizikovych-faktoru-na-vyvoj-plodu-481103

KOSTIUK, P. (2013a) Vitaminy ve výživě gravidních a kojících žen. *Edukafarm farmi news*, 11(1), s. 10–11

KOSTIUK, P. (2013b). Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Edukafarm farmi news*. 11(3), s. 6–7

KOTÝNEK, J. (2014). V ČR byl zdravotně postižený každý desátý. *Statistika&My*, 4(4), s. 18–19

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-). 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., …, VOPRAVIL, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016.* Praha: Úřad vlády České republiky

NEŠPOR, K. (2003). Alkohol v těhotenství – nová zneklidňující zjištění. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99(8), s. 451

NICHOLS, H. (2017, 9. červen). *Pregnancy after 35: What are the risks?.* [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.medicalnewstoday.com/articles/317861.php

NOVOTNÝ, J., & NOVOTNÝ, Z. (2009). Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Československá pediatrie*. 64(5), s. 251–256

OECD (2018). *Alkohol consumption (indicator).* [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm

PARTA, J., BAKKER, R., IRVING, H., JADDOE, V., MALINI, S., & REHM, J. (2011). Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG,* 2011(118), s. 1411–1421.

PATRICK, S., COOPER, W., & DAVIS, M. (2017). Prescribing opioids and psychotropic drugs in pregnancy. *BMJ,* 358, j3616. [cit. 2018-11-16]. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/bmj.j3616

PAUL, K. (2006). Syndrom náhlého úmrtí kojence. *Vox pediatriae*, 6(5), s. 23–24

POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., & PRUŠA, T. (2008). *Výživa a léky v těhotenství a při kojení* (1. vyd.). Brno: ERA

POPPOVA, S., LANGE, S., PROBST, C., & REHM, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3). s. e290 – e299. Dostupné z: http://dx.doi. org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9.

RADIMECKÝ, J. (2007). Užívání drog a genderové rozdíly. *Medical Tribune,* 2007(13), s. A6

REICH, P., MIKLÁNKOVÁ, L., & RECHTÍK, Z. (2014). Dostupnost některých návykových látek z pohledu mládeže ve věku 16–17 let. *Česká antropologie*, 64(supplementum), s. 25–28.

SEDLÁČKOVÁ, K., & ŽIŽKOVÁ, B. (2007). Užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 3(2), s. 71–76. ISSN 1801-0261

SIDDIQI, K., & MDEGE, N. (2018). A global perspective on smoking during pregnancy. *The Lancet Global Health*, 6(7), s. e708 – e709. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30246-8.

STARÁ, V., LESNÁ, P., FENCL, F., & BLÁHOVÁ, K. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatr. pro Praxi*. 10(6). s. 382–384

SVAČINA, Š. a kol. (2008) *Klinická dietologie* (1. vyd.). Praha: Grada.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017). *Narození a zemřelí do 1 roku 2016*. © ÚZIS ČR 2010–2019, Praha. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/publikace/narozeni-zemreli-do-1-roku-2016

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018). *Vrození vady u narozených v roce 2015*. © ÚZIS ČR 2010–2019, Praha. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/publikace/vrozene-vady-u-narozenych-v-roce-2015

VALENTA, M. (2014). *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál

VÁŇOVÁ, A., SKÝVOVÁ, M., & MALÝ, M. (2018). *Užívání tabáku v České republice 2017*. Praha: Státní zdravotní ústav

VAVŘINKOVÁ, B., & BINDER, T. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton

VAVŘINKOVÁ, B., & BINDER, T. (2007). Zaostřeno na drogy: *Návykové látky v těhotenství.* Praha: Úřad vlády České republiky

VELEMÍNSKÝ, M., & ŽIŽKOVÁ, B. (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky* (1. vyd.). Praha: Triton

VLÁDA ČR. (2007, 11. červenec) *Protidrogová politika* [cit. 2018-10-21]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/§

VLÁDA ČR (2010, 20. září). *Konzumace alkoholu dětmi a mládeží je u nás častým jevem* [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/konzumace-alkoholu-detmi-a-mladezi-je-u-nas-castym-jevem-76255/

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. (2005). [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72

WATIER, L. (2016). Ubylo žáků se zdravotním postižením. *Statistika&My,* 6(5), s. 28–29

XIA, Q., TANG, Q., & YANG, J. (2018). Smoking: An Important Environmental Risk Factor in Pregnancy. In WU, W. (Ed.), *Pregnancy and Birth Outcomes* (1. vydání, s. 19–32). London: IntechOpen

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). (2004). [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. (2006). [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka č. 1- Charakteristika výzkumného souboru

Grafy

Graf č. 1- Legální drogy gymnázium

Graf č. 2- Nelegální drogy gymnázium

Graf č. 3- Výroky gymnázium

Graf č. 4- Legální drogy střední odborná škola

Graf č. 5- Nelegální drogy střední odborná škola

Graf č. 6- Výroky střední odborná škola

Graf č. 7- Legální drogy střední škola

Graf č. 8- Nelegální drogy střední škola

Graf č. 9- Výroky střední škola

Graf č. 10- Správné a nesprávné odpovědi pro všechny typy škol

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník č. 1

Příloha 2: Dotazník č. 2

Příloha 3: Prezentace (upravena k tištěné podobě)

Příloha 1: Dotazník č. 1

Škola:
Obor:
Dobrý den,
jsem studentkou 3. ročníku speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého. V rámci své závěrečné práce se věnuji problematice rizikových faktorů v těhotenství a jejich vlivu na vznik postižení u dítěte. Vyplněním tohoto dotazníku mi velmi pomůžete, a proto vám děkuji za vyplnění.
Veškeré otevřené otázky prosím vyplňujte **TISKACÍM** písmem.

1. **Jaký je váš věk? _____**
2. **Jakého jste pohlaví?**
    A. Muž
    B. Žena
3. **Zajímal/a jste se někdy blíže o jedince s postižením (tělesným, sluchovým, …)?**
    A. Ano
    B. Ne
4. **Máte ve své rodině či blízkém okolí někoho s postižením?**
    A. Ano
    B. Ne
5. **Po ukončení aktuálního studia plánujete:**
    A. Pracovat
    B. Studovat
    C. Nevím
    D. Jiné (prosím uveďte): _____
6. **Probírali jste někdy na základní či střední škole téma antikoncepce, pohlavního styku a těhotenství?**
    A. Ano
    B. Ne
7. **Probírali jste někdy na základní či střední škole téma rizikových faktorů v těhotenství či riziko narození dítěte s postižením?**
    A. Ano
    B. Ne

Příloha 2: Dotazník č. 2

1. **Vyjmenujte 2 legální a 2 nelegální drogy:**

Legální:	Nelegální:

2. **Myslíte si, že kouření v těhotenství může dítě ovlivnit i v pozdějším životě (náchylnost k psychickým problémům, nemocem, …)?**

   A. Ano **B.** Ne

3. **Myslíte si, že vysoký příjem kofeinu v těhotenství (3 a více šálků kávy denně) nemá žádné negativní účinky na plod?**

   A. Ano **B.** Ne

4. **Myslíte si, že všechny drogy vyvolávají tělesnou závislost?**

   A. Ano **B.** Ne

5. **U následujících výroků označte jejich pravdivost či nepravdivost:**

	Pravda	**Nepravda**
Do 4. týdne těhotenství není nutné dbát na zvýšenou opatrnost v užívání léčiv.		
U dítěte s FAS se často vyskytuje růstová retardace či změny v obličeji.		
Cigaretový kouř vdechovaný při pasivním kouření má nižší škodlivost.		
Průběh a délka novorozeneckého abstinenčního syndromu jsou u všech drog stejné.		

6. **Myslíte si, že látky užívané k substituční terapii drogově závislých těhotných žen (metadon, subutex) nemají žádné negativní účinky na plod?**

   A. Ano **B.** Ne

7. **Od kolika do kolika let věku dítěte je poskytována služba rané péče?**

8. **Myslíte si, že mezi rizikové faktory v těhotenství patří i věk otce nad 45 let?**

   A. Ano **B.** Ne

9. **Myslíte si, že vám výuka na základní či střední škole poskytla dostatek informací o předloženém tématu?**

   A. Ano **B.** Ne

10. **Myslíte si, že by se danému tématu měla věnovat větší pozornost v rámci výuky na základní či střední škole?**

    A. Ano **B.** Ne

11. **Podnítila ve vás tato beseda zájem o předložené téma?**

    A. Ano **B.** Ne

Rizikové faktory v těhotenství a jejich vliv na vývoj dítěte

Zuzana Žádníková

ÚZIS ČR

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD

Pár údajů pro začátek…

Kde hledat?
Český statistický úřad
Ústav zdravotnických informací a statistiky

- Natalita
- Úhrnná plodnost
- Mrtvě narození
- Zemřelí do 1 roku
- Vrozené vady

Pro rok 2016

- Natalita- 112 700 narozených dětí
- Úhrnná plodnost- 1, 63 dítěte na ženu
- Mrtvě narození- 420 novorozenců
- Zemřelí do 1 roku- 327 dětí
- Vrozené vady- 4 380 dětí pro rok 2015

Závislost

Se závislostí se potýkáme už od prvních chvil našeho života. V perinatálním období jsme zcela závislí na matce, a i po zrození jsme závislí na péči další osoby. Od porodu však začíná naše cesta k nezávislosti, která je nejvíce patrná v období pubescence. Právě ono životní dilema mezi závislostí a nezávislostí je součást vývoje a hnací silou v životě. Kamil Kalina

Předpoklady pro vznik závislosti:

1. Biologický předpoklad
2. Psychologický předpoklad
3. Sociální předpoklad
4. Spirituální předpoklad

SZÚ

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Česká závislost

- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)
- Od roku 2014 byla zahnuta problematika legálních návykových látek a hazardu- integrovaná protidrogová politika
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
- Státní zdravotní ústav v Praze

Příloha 3: Prezentace (upravena k tištěné podobě)

Nezajdeme na skleničku?

Množství prodaného čistého alkoholu na osoby starší 15 let v litrech:

Francie	**13,2 l**
Česká republika	**11,7 l**
Litva	**11,7 l**
Rakousko	**11,4 l**
Irsko	**11,3 l**
Portugalsko	**11,2 l**
Německo	**11,2 l**
Lucembursko	**10,9 l**
Maďarsko	**10,8 l**
Lotyšsko	**10,7 l**
Rusko	

Ještě více dat…

- 1, 6 milionu dospělých osob, které se nachází v rizikovém stádiu vzniku problémů s alkoholem
- 600 000 denních konzumentů alkoholu a z toho 100 000 denních konzumentů nadměrných dávek
- Předávkování alkoholem- 415 za rok 2016
- Nehody způsobené pod vlivem alkoholu- 4273 nehod
- Výzkum o užívání vína a tvrdého alkoholu mladistvými v roce 2014

Nikotin

- Kouření zapříčiňuje 17 – 19 % z celkové roční úmrtnosti
- Počet kuřáků se pohybuje mezi 28-32 %
- Převažují muži
- Vykouřené cigarety za den:
  - 15-24 muži
  - 10-14 ženy
- Nejvíce silných kuřáků je ve věkové skupině 45 – 54 let
- První zapálená cigareta je nejčastěji do 30 minut po probuzení

Nelegální drogy

1. Opioidy
2. Těkavé látky
3. Halucinogenní drogy
4. Stimulační drogy
5. Kanabioidy

Toluen
Marihuana
Heroin
Pervitin (metamfetamin)
Braun
Bufetenin
Kokain
Hašiš
Amfetamin
Extáze
Metadon
Durman
Rajský plyn
LSD

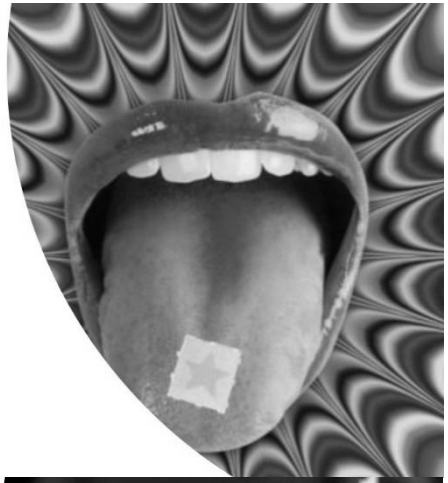
Opioidy

- Braun, heroin, metadon
- Tlumivý účinek, snižují psychickou a emocionální bolest
- Pokles citlivosti
- Zpomalení tepové frekvence, snížení tělesné teploty
- Stažení zornice (mióza)
- Pocity euforie, ospalosti nebo zklidnění
- Negativní účinky: zvracení, zácpa, neschopnost koncentrace, rozladěnost, děsivé halucinace
- Závislost se vytváří po několika týdnech

Stimulační drogy

- Pervitin, amfetamin, kokain a extáze
- Silný budivý efekt na CNS
- Zrychlené myšlení, pocit nabuzen, euforie, pocit tělesné a duševní síly
- Negativní účinky: vyčerpání, bolest kloubů, mnohadenní spánek, riziko srdečních a mozkových příhod, úbytek váhy
- Toxická psychóza

Halucinogenní drogy



- Durman (rostlinný), bufetenin (živočišný), LSD (syntetický)
- Pocity chvění, závratě, neschopnosti ovládat tělo, změna vnímaná- halucinace, zvýšená citlivost ke vnímání barev a zvuků
- Negativní účinky: deprese, úzkost, panizké stavy, srdeční koplikace
- Toxická halucinatorní psychóza
- Nevyvolávají fyzickou závislost

Po používání LSD může dojít k situaci označované „flash back", kdy po déle trvající abstinenci náhle dochází k subjektivnímu prožitku další intoxikace bez podání drogy. Je to vysvětlováno tím, že částečky drogy jsou dlouhodobě (až 1 rok) uchovány v tkáních a při různých stresových situacích mohou být uvolněny

Kanabioidy

- Marihuana, hašiš
- Silný psychotropní účinek- uvolňování seratoninu
- Účinek trvá 3-6 hodin
- Euforie, hmatové a zrakové iluze
- Negativní účinky: nevolnost, agresivita, úzkost
- Nevyvolávají fyzickou závislost ale u 8-10 % uživatelů se objevuje psychická závislost

Těkavé látky

- Toluen, rajský plyn
- K intoxikaci dochází pomocí inhalace výparů
- Euforie, poruchy vnímání, halucinace
- Negativní účinky: útlum, poruchy vědomí, zástava dechu, kóma, poruchy mozkové tkáně, poleptání dýchacích cest
- Vyvolává silnou psychickou závislost
- Při dlouhodobém užívání dochází k celkovému otupění, poruchám chování a emotivity

Nelegální drogy a data

- Hlavní problémovou drogou v ČR je pervitin a konopné látky
- Nejčastější způsob aplikace je injekční užívání
- Ženy tvoří 30 % uživatelů nelegálních drog
- Nejvíce problémových uživatelů je v Praze, Ústeckém kraji, Karlovarském kraji a Libereckém kraji

- Přenos onemocnění HIV (roku 2016 bylo 7 nových případů) a Hepatitidy typu C (polovina všech nemocných jsou injekční uživatelé drog)

Závislost a ženy a třeba i těhotenství

- Fenomén dvojí deviace
- Méně často vyhledávají odbornou pomoc- bývá u nich ale větší úspěšnost
- Menší náchylnost k recidivě

- Prvních 14- 17 dní jako krizové období v těhotenství

Káva či čaj o páté

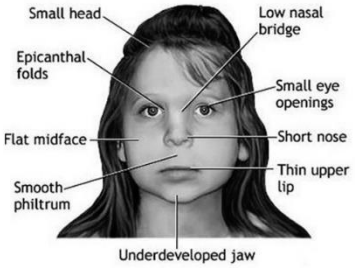
- Kofein/tein se vyskytuje v kávě, kakaových bobech, čajových lístcích či ořechách koly
- Poločas vylučování 3 hodiny, v těhotenství 5- 18 hodin
- Bezpečná hranice pro příjem je 200mg za den (1 šálek kávy= 85mg)
- Rizika:
  - Snížení průtoku krve placentou
  - Spontánní potrat
  - Nízká porodní váha
  - Předčasný porod
  - Anémie u matky i plodu

Alkohol a těhotné ženy

- Nižší sociální vrstvy, samoživitelky
- Často závislost i na nikotinu
- Působí toxicky na játra- může vést až k cirhóze jater
- Poškození pohlavních buněk ještě před početím
- Etanol prochází volně placentou a toxicky působí na plod
- Rizika:
  - Potrat či předčasný porod
  - Nízká porodní hmotnost
  - Nedostatek vitamínů skupiny B

FAS

- Popsán v roce 1973
- Soubor anomálií vyskytujících se u dětí alkoholově závislým matkám
- Patří mezi ně:
  - Růstová retardace
  - Mentální retardace
  - Změny v obličeji
  - Srdeční vady
  - Vady sluchu
- Každé 67. ženě která konzumuje v těhotenství pravidelně alkohol se narodí dítě s FAS
- Celosvětová prevalence je 14 dětí s FAS na 10 000 zdravých dětí
- V Evropě je prevalence v některých státech 2-6krát větší
- Nejrizikovější státy jsou Rusko, Velká Británie, Dánsko či Bělorusko



Nikotin a těhotné ženy

- Celosvětová prevalence kouření v těhotenství je 1,7 %
- Pasivní kouření- kouř má stejné chemické složení jen nižší koncentraci jeho škodlivost je ale stejná
- Rizika:
  - Hypoxie plodu
  - Nižší porodní hmotnost
  - Růstová retardace
  - Předčasný porod či potrat
  - SNÚK- zvyšuje riziko 2-5krát

Co dá nikotin dítěti do života

- Onemocnění a poruchy predikované kouřením v těhotenství:
  - Poruchy chování
  - Poruchy pozornosti a hyperaktivita
  - Psychické problémy-deprese a úzkosti
  - Zhoubné nádory v dětském věku
  - Astma

Nelegální drogy a těhotné ženy

- Neplánované těhotenství z důvodu nepravidelné menstruace či jejího úplného vymizení- nemohu otěhotnět
- Bývá rozpoznáno a s rostoucím břichem a pohyby dítěte
- Často je žena závislá více než 3 roky
- Závislé ženy často nezaměstnané a nezadané, pokud mají partnera je také často závislý
- Polydrogová závislost

Těhotné ženy a opioidy

- Ženy často nenavštěvují lékaře ani poradny, do nemocnice přicházejí až s nástupem kontrakcí
- Opioidy vnikají do tkání plodu již hodinu po aplikaci drogy
- Dochází ke kumulaci v plodové vodě- snížená pohybová aktivita plodu
- U 50- 80 % procent novorozenců se do 48- 72 hodin po porodu objevuje NAS
- Rizika:
  - Retardace růstu plodu- symetrická
  - Potrat, předčasný porod

Těhotné ženy a stimulační drogy

- Dochází k omezení průtoku pupeční šňůrou a placentou
- Častý výskyt NAS
- Látky jsou obsaženy v mateřském mléce
  - Rizika:
  - Mikrocefalie
  - Defekty srdce
  - Růstová retardace
  - Krvácení do mozku plodu
- V pozdějším věku úzkostné chování, mentální retardace, poruchy spánku

Těhotné ženy a kanabioidy

- Polydrogová závislost
- Novorozenci jsou plačtiví a neklidní
  - Rizika: snížená porodní hmotnost
  - Potrat, předčasný porod
- Zvyšují negativní účinky alkoholu na plod
- V pozdějším životě sklon k zápalům plic
- Zvýšené riziko leukémie
- Po porodu jsou pouze lehké abstinenční příznaky

Těhotné ženy a těkavé látky

- Často vážná poškození plodu
- Po porodu se objevují abstinenční příznaky
- Rizika
  - Malformace plodu
  - Opožděný vývoj
  - Mentální retardace
  - Úmrtí plodu
  - SIDS

NAS

- Objevuje se u 60- 90 % novorozenců drogově závislých matek
- Metadon- příznaky po 2-4 týdnech

- https://www.youtube.com/watch?v=heE5nAum1JU
- https://www.youtube.com/watch?v=VjA0aLht6hI&t=90s

Substituční léčba

Metadon

- Syntetický opioid
- Užívá se od roku 1997
- Nedochází ke zvyšování tolerance, nezpůsobuje změny vnímání reality, euforii
- Při dlouhodobém užívání způsobuje závislost

Subutex

- Syntetický opioid
- Proti bolestivé účinky, lehká euforie
- Blokuje účinku jiných opioidů

- Snížená pohybová aktivita plodu
- Hromadění ve slezině, plicích a játrech plodu
- Abstinenční syndrom bez trvalého fyzického poškození

Léky

- Stále se zvyšuje potřeba užití léků v těhotenství
- 4 důležitá období: prvních 14 dní, 12. – 14. týden, poslední měsíc těhotenství, období laktace
  - Důsledky které mohou léky na plod mít jsou ovlivněny:Schopností pronikat placentou
  - Velikostí dávky
  - Celkovou dobou podávání léku
  - Kumulací v plodové vodě
  - Schopností plodu odolávat účinkům léků
- 5 skupin léků dle FDA (A, B, C, D a X)

Jí se za 2?

Kalorické potřeby plodu jsou výrazně nižší než u dospělého člověka, a to pouhých 300 kcal denně. Průměrný energetický příjem těhotné by se měl pohybovat kolem 2400 kcal denně. Přijímání většího, nebo naopak menšího počtu kalorií by mohlo být pro vývoj plodu nebezpečné.

- Tuky- esenciální mastné kyseliny- důležité pro vývoj mozku, ovlivňují dobu porodu, snižují riziko předčasného porodu
  - vejce, sýr, libové maso
- Bílkoviny- silně ovlivňují porodní délku a hmotnost, nedměrný příjem může způsobit poškození ve vývoji slinivky a riziku vzniku diabetu ve vyšším věku
  - rybí maso, mléko, luštěniny
- Cukry- při nadměrné konzumaci se objevuje zpomalený růst placenty a nižší porodní hmotnost
  - Obiloviny, kořenová zelenin
  - Vitamíny-nedostatek vitamínů je hypovitaminóza
  - Vitamín A- důležitý pro vývoj imunity, vidění, plic
  - Vitamín C- důležitý pro vývoj kostí a zubů
  - Vitamín D- důležitý pro vývoj kostí a celkový růst
  - Vitamín E- Důležitý pro růst plodu
  - Vitamíny skupiny B- důležité pro vývoj mozku, CNS, celkový růst
- Minerály
  - Železo-růst a vývoj plodu
  - Hořčík-vývoj svalů a nervů
  - Zinek- vývoj imunitního systému a mozku
  - Jód
  - Selen

Věk

- 1920 průměrný věk rodičky 30,2 roku
- 2012 průměrný věk rodičky 29,8 roku
- Neustále stoupá počet rodiček ve věku 35 let a vyšším
- V roce 2016 narodilo 121 mrtvě narozených dětí matkám ve věku 30–34 let, 113 mrtvorozených dětí matkám ve věku 25–29 let, 102 mrtvorozených dětí matkám ve věku 35 let a vyšším a 101 mrtvorozených u matek 24 letých a mladších
- Po 35. roce ženy se prudce zvyšuje riziko genetických onemocnění dítěte

Ve věku 25 let matky je riziko že dítě bude postiženo Downovým syndromem přibližně 1:1 000. Ve věku 30 let je riziko přibližně 1:650, ve věku 35 let matky je 1:250. Ve věku 40 let je riziko 1:50 a ve věku 45 let matky vzroste riziko přibližně až na 1:20.

- Prudce se zvyšuje také riziko potratu, ve věku 25 let matky je 9 % a u žen starších 45 let je 75 %
- S vysokým věkem se dále zvyšuje riziko těhotenské cukrovky, nutnosti císařského řezu, nízké porodní hmotnosti

Otec hraje roli?

- 1 dítě z 10 má při početí otce staršího 40 let
- U mužů se za rizikový věk bere od 45 let
- Zvyšuje se riziko předčasného porodu o 14 %
- Riziko epilepsie u dětí je o 28 % vyšší

Raná péče

Společnost pro ranou péči

- Sociální služba sociální prevence
- Terénní služba které může být doplněná ambulantní formou služby
- Poskytována dítěti a rodině dítěte od 0 do 7 let věku dítěte
- Děti s postižením či je jejich vývoj v důsledku nepříznivého zdravotního stavu ohrožen

Středisko rané péče Tamtam

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Žádníková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Informovanost žáků středních škol o vlivu rizikových faktorů na vývoj plodu v těhotenství a následné péči pro rodiny s dítětem s postižením
Název v angličtině:	High-school students awareness about influence of risk factors on fetus develepoment during pregnacy and consequent special care in families with disabled children
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá rizikovými faktory v těhotenství jako jsou legální a nelegální drogy, léky, strava či věk rodičů, které ovlivňují vývoj dítěte. Dále se zabývá možnostmi péče pro rodiny s dítětem s postižením a možnostmi vzdělávání dítěte s postižením. Ve výzkumné části zkoumá informovanost žáků vybraných středních škol o této problematice.
Klíčová slova:	Rizikové faktory, těhotenství, drogy, raná péče, střední škola
Anotace v angličtině:	The thesis focuses on risk factors in pregnancy, such as legal and illegal addictive substances, medicaments, diet or age of parents, which influence development of the fetus. It further investigates possibilities of family care for the children with disabilites and possibilities of education of chidlren with disabilities. In the research part it investigates awareness of students from seleceted high schools about the issue.
Klíčová slova v angličtině:	Risks factors, pregnancy, addictive substances, early childhood support, high school
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Dotazník č. 1 Příloha 2: Dotazník č. 2 Příloha 3: Prezentace (upravena k tištěné podobě)
Rozsah práce:	69 stran
Jazyk práce:	Český jazyk