

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Milada Kvičerová

**Postoj drogově závislých žen k mateřství a
rizika užívání návykových látek pro matku a dítě.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 28. dubna 2016

podpis

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Radce Kozákové za odborné vedení bakalářské práce a za poskytnuté cenné rady.

ANOTACE

Název práce: Postoj drogově závislých žen k mateřství a rizika užívání návykových látek pro matku a dítě.

Title: The attitude of drug addicted women to motherhood and the risks of taking substance for mother and baby.

Datum zadání: 18.1.2016

Datum odevzdání: 28.4.2016

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Milada Kvičerová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D

Abstract v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá postojem drogově závislých žen k mateřství a riziky užívání návykových látek pro matku a dítě. Zabývá se převážně závislostí na nikotinu a alkoholu a hlavními onemocněními u plodu. Z práce vyplývá, že stále více přibývá matek závislých na návykových látkách a tím pádem se zvyšuje procento výskytu následného onemocnění u plodu. Informace byly převzaty z databází Medvik, Pub Med, EBSCO, Google Scholar a dalších odborných periodik.

Abstract v AJ: The summarizing bachelor thesis concentrates on the attitude of drug addicted women to the motherhood and risks of taking substance for mother and her baby. Mainly, the thesis focuses on the addiction to nicotine and alcohol and diseases of the foetal which result from the exposure to nicotine and alcohol. The thesis has proven the fact that the number of mothers addicted to toxic substances is increasing and thus, the percentage of subsequent diseases of foetal is growing. The thesis makes use of external resources such as databases Medvik, Pub Med, EBSCO, Google Scholar and other professional periodicals.

Klíčová slova v ČJ: postoj, mateřství, drogy, nikotin, alkohol, závislost, těhotenství

Key words: attitude, motherhood, drugs, nicotine, alcohol, addiction, pregnancy

Rozsah: 39 stran / 0 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	7-8
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9-10
1. POSTOJ DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ŽEN K MATEŘSTVÍ.....	11-12
1.1 CHARAKTERISTIKA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ŽEN.....	12-13
1.2 RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	13-15
1.3 PRENATÁLNÍ PÉČE.....	15-17
2. RIZIKA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK PRO MATKU A DÍTĚ.....	17
2.1 ZÁVISLOST NA NIKOTINU.....	17-23
2.2 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCE.....	23-24
2.3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	24-31
2.4 NEONATÁLNÍ ABSTINENČNÍ SYNDROM.....	31-32
ZÁVĚR.....	33-34
SHRnutí TEORETICKÝCH POZNATKŮ.....	35
REFERENČNÍ SEZNAM.....	36-38
SEZNAM ZKRATEK.....	39

ÚVOD

Na drogově závislé matky je ve společnosti kladen velký nátlak, protože vyvolávají největší rozpaky a předsudky, zda zvládnou roli matky a řádně vychovají své děti. Názory společnosti ale i odborníků se rozcházejí, neboť jedni tvrdí, že dítě je pro ženu nejlepší motivací ke změně dosavadního způsobu života a impulz pro začátek léčby závislosti. Druzí naopak dítě jako motivaci, ke změně životního stylu drogově závislé ženy odmítají. Většinou ženy, které jsou závislé na tvrdých drogách, jako je heroin nebo pervitin na dítě moc nedbají. Prioritou je pro ně sehnání drogy za každou cenu, ať už je to na úkor špatné hygiény, nedostatečné stravy, minimální nebo žádné preventivní a prenatální prohlídky u lékaře, atd. Tyto ženy jsou vystaveny rizikovému sexuálnímu chování a s tím související nákazou pohlavních a infekčních chorob.

Charakteristickými znaky těchto žen je nízké vzdělání, mladší věk, nízký socioekonomický status a tyto ženy bývají většinou bez partnerského zázemí. Nejvíce závislých gravidních žen je na drogách, které jsou společensky tolerované, jsou to nikotin a alkohol.

Nikotin má negativní důsledky na reprodukci, neboť ovlivňuje plodnost jak u žen, tak u mužů. Další komplikací u gravidních kuřáček je vyšší riziko kardiovaskulárního a respiračního onemocnění. V těhotenství se pak zvyšuje riziko výskytu předčasných porodů, potratů, mimoděložních těhotenství, atd. U plodu se vyskytují komplikace jako je hypoxie a hyponutrie, nízká porodní hmotnost, porucha plicní funkce, vrozené vývojové vady, malignita, poruchy chování, obezita, atd.

Závislost gravidních žen na alkoholu vede ke změně ve fungování ženy, ovlivňuje zdravotní stav matky a zasahuje do jejího společenského uplatnění. Ženy užívají alkohol převážně ke zvládnání stresu, zátěže, proti depresím a pro hypnotické účely. U dítěte vede alkohol k souboru onemocnění, označované jako vrozené alkoholové poruchy (FADS), z nichž nejtěžším stupněm je fetální alkoholový syndrom (FAS).

S drogovou závislostí u gravidních žen souvisí i mnoho syndromů, které jejich děti postihnou, nejzávažnějšími jsou neonatální abstinenci syndrom (NAS) a syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS).

Cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky týkající se postoje drogově závislých žen k mateřství a rizika užívání návykových látek pro matku a dítě.

Cíl 1: Předložit dohledané poznatky k postoji žen závislých na návykových látkách k mateřství.

Cíl 2: Předložit dohledané poznatky o rizicích užívání návykových látek pro matku a dítě.

Vstupní studijní literatura:

1. HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. Vydání 1., české. Praha : Grada Publishing, 2004. 443 s. ISBN 80-247- 0418-8.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Pozitivní psychologie. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 195 s. ISBN 978-80-7367-726-8.
5. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. Návykové látky v těhotenství. Vyd. 1. Praha: Triton,

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: postoj, mateřství, drogy, nikotin, alkohol, závislost, těhotenství

Klíčová slova v AJ: attitude, motherhood, drugs, nicotine, alcohol, addiction, pregnancy

Jazyk: český, anglický, slovenský

Období: 2000 – 2016

Další kritéria: recenzovaná periodika

DATABÁZE: Medvik, Pub Med, EBSCO, Google Scholar

Nalezeno 125 článků

Vyřezující kritéria:

- duplicitní články
- články, které nesplnily kritéria
- kvalifikační práce
- nevěrohodnotné zdroje

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

- Medvik – 14 článků
- Pub Med – 7 články
- EBSCO – 4 články
- Google Scholar – 2 články

Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

- Česká gynekologie – 4 články
- Adiktologie – 1 článek
- Zaostřeno na drogy – 1 článek
- Bulletin – 1 článek
- Neonatologické listy – 2 články
- Časopis lékařů českých – 1 článek

- Moderní gynekologie a porodnictví – 1 článek
- Prevence úrazů, otrav a násilí – 1 článek
- Praktická gynekologie – 2 články
- Gynekolog – 1 článek
- Florence – 1 článek
- Vox Paediatricae – 1 článek
- Lékařské listy – 1 článek
- Československá pediatrie – 1 článek
- Revue České lékařské akademie – 2 články
- Pediatrie pro praxi – 1 článek
- Translational Pediatrics – 1 článek
- Human Reproduction Update – 1 článek
- NIH public Access – 1 článek
- Annals of Agricultural and Environmental Medicine – 1 článek
- Obstetrics and Gynecology International – 1 článek

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 27 dohledaných článků, 4 odborné knihy a 1 sborník.

1 Postoj drogově závislých žen k mateřství

Dle Fishbeina a Ajzena (1975) jsou postoje definovány jako „*naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost*“. Z této definice je patrné, že postoje mohou být naučené, konzistentní nebo se týkají různých reakcí, ať už pozitivních nebo negativních. (Hayes, 2000, s. 95).

Preslová uvádí, že matky závislé na návykových látkách vyvolávají ve společnosti největší rozpaky, předsudky a je na tyto ženy kladen velký nátlak s očekáváním, jak budou děti vychovávat. V psychoterapeutických skupinách dostávají mnoho kritiky od ostatních klientů, kteří se v těchto komunitách léčí. Jsou to narážky typu: Bude z tebe máma, tak by jsi neměla drogy brát. Jako máma si takové chování nemůžeš dovolit., atd. I ve společnosti lidí, kteří užívají návykové látky se očekává, že matky budou hodné, nebudou mít problémy s rizikovým chováním, budou se o své děti řádně starat a milovat je. Dále uvádí, že názory odborníků na tuto problematiku jsou různé. Jedni odmítají, že dítě by nemělo být motivací k léčbě závislosti. Druzí naopak berou dítě jako ten nejpřirozenější důvod k tomu, aby žena změnila svůj dosavadní život a začala s léčbou závislosti. (Preslová, 2007, s. 353-391)

Vavříková a Binder dále popisují, že postoj závislých gravidních žen ke svému těhotenství a zdraví je důležitý, neboť jejich chování má vážné důsledky na vývoj plodu. U žen, které užívají společensky tolerované návykové látky, (alkohol a nikotin) je vysoké procento ukončení užívání návykové látky ihned po prokázání těhotenství. (Vavříková, Binder, 2007, s. 3) U opioidních látek jsou dopady různé, jedná-li se o experimentování s drogou, nepravidelnou závislost nebo o plně závislou ženu. Ženy, které občasně užívají drogu, si ve většině případů uvědomují závažnost škodlivosti drogy a při zjištění gravidity drogu abstinují. A další skupinou jsou ženy, které jsou na droze závislé, a veškeré jejich úsilí je vynaloženo na sehnání drogy, výjimkou nemusí být ani prostitute. Tyto ženy dbají jen na svůj prospěch a nevěnují dostatečnou péči plodu. Ať už je to správná a dostatečná výživa, hygiena, preventivní prohlídky u lékaře, s tím související i prenatální péče v gynekologických ambulancích. (Vavříková, Binder, 2007, s. 331) Preslová ve svém článku dodává, že postoj u matek užívajících návykové látky, je částečně ovlivněn jejich dětstvím, ve kterém mohly mít narušené vztahy s matkami, které jim nepředaly pozitivní zkušenosti a dále zkušenosti týkající se emocionální a sociální oblasti. (Preslová, 2007, s. 353-391)

Droga a drogová závislost

Vavříková uvádí, že droga je látka, která byla v minulosti využívána jako léčivo, později jako opojný prostředek. Droga ovlivňuje člověka ve všech směrech, tedy i v sexuálním a intimním životě. (Vavříková, 2011, s. 56) Vavříková a Binder uvádí, že je to látka, jejíž užívání se pojí s rizikem závislosti na droze. Dodávají, že od počátku 20. století se drogy nejčastěji rozdělují na legální a nelegální. Příkladem legální drogy je nikotin a alkohol a nelegální drogy je kokain a heroin. Drogovou závislost pak Vavříková s Binderem charakterizovali v knize „*Návykové látky v těhotenství*“ jako nutkavý pocit určitého chování, prožívání, neschopnost daného chování omezit a nezvládnutí pocitů souvisejících s abstinencí. Podle WHO je drogová závislost záležitostí psychického i fyzického stavu, jehož charakteristickým rysem je změna chování jedince. Projevuje se nucením užívat návykové látky opakovaně. Je to díky jejím účinkům na psychický stav jedince a dalším důvodem je zabránění vzniku nepříjemného stavu z nedostatku drogy v těle. Drogová závislost je tedy nemoc, která postihuje CNS. (Vavříková, Binder, 2006, s. 13-14) Unger a kol. dodávají, že právě drogová závislost v těhotenství je velkým problémem veřejného zdraví. Těhotné drogově závislé ženě by se měla věnovat zvýšená pozornost a měla by být sledována v rámci interdisciplinární péče, to znamená, že drogovou závislost u těhotné ženy neřeší jen gynekolog, ale i sociální pracovníce, zdravotní sestry, psychologové, psychiatři, pediatři nebo třeba anesteziologové. Příkladem potřeby interdisciplinární péče uvádí, že 56 – 73% závislých žen trpí psychiatrickými poruchami, nejčastěji afektivními poruchami nebo poruchou osobnosti. (Unger, 2012, s. 1-6)

1.1 Charakteristika žen užívajících návykové látky

Ženy užívající psychotropní látky mívají menší odpovědnost za své zdraví, co se týče rizika přenosu sexuálně přenosných chorob, tak i nechtěného těhotenství. (Vavříková, 2011, s. 59). V mnoha studiích se setkáváme s podobným statusem a to, že to jsou ženy z nízkých socioekonomických tříd. Většinou nedosahují vysokého vzdělání, spíše se drží na hranici základního vzdělání. Dále ženy mladšího věku a bez partnerského zázemí. O tom vypovídá i to, že v České Republice přesahuje 80 procentní hranici u žen, které jsou uživatelkami návykových látek, současně jsou gravidní a jejich věkové rozmezí je 15 let až 24 let. (Vavříková, Binder, 2007, s. 331)

Hackshaw a kol. uvádí studii, kdy právě prevalence závislosti na nikotinu se liší věkem a vzděláním žen. Jako příklad uvádějí srovnání žen, které v graviditě kouřily. Srovnávají ženy z Anglie a Walesu a USA, kdy v Británii v těhotenství kouří 17% žen a v USA je to 14% žen. Popisují, že v Anglii a Walesu až 45% žen, ve věku mladším 20 let v graviditě kouří, oproti 9% žen, které jsou starší 35 let. Dalším ukazatelem udávají vzdělání, kdy ženy z Anglie a Walesu mají nižší vzdělání a pracují manuálně rukama, tak tyto ženy v graviditě kouří až v 29% oproti ženám s vyšším vzděláním a např. na manažerské pracovní pozici v graviditě kouří v 7%. V USA kouří 20% žen, ve věku mladším 20 let oproti 9% procentům žen, které jsou starší 35 let. Gravidních kuřáček s nižším vzděláním je v USA 22% a oproti vyššímu vzdělání je to 6,5%. (Hackshaw a kol., 2011, s. neuvedeno)

Trávníčková ve svém článku tvrdí, že v České Republice stále přibývá žen, které jsou závislé na návykových látkách. Uvádí, že drogová závislost u matek je nejzávažnější, protože nezhoršuje jen zdraví matky, ale i dítěte. Drogově závislé matky, jsou častěji vystaveny somatickým poruchám. Trpí nedostatečnou výživou tzv. „nutričním deficitem“, neboť shánějí a užívají drogu místo jídla. (Trávníčková, 2003, s. 20) Binder a Vavříková uvádí, že podvýživa a nedostatečné vitamíny v potravě jsou rizikové faktory, které ovlivňují průběh těhotenství. Podílí se na tom, že novorozenci mívají nižší porodní hmotnost a celková doba těhotenství je kratší než u žen, které návykové látky neužívají. (Binder, Vavříková, 2006, s. 16)

1.2 Rizikové sexuální chování

Binder a Vavříková uvádí, že nejdůležitější činností pro závislou matku je sehnání drogy, kterou se snaží opatřit jakkoliv, ať už je to kriminalitou, prostitucí nebo sexem za drogu. (Binder, Vavříková, 2006, s. 15) Vavříková napsala článek, ve kterém se právě rizikovým sexuálním chováním zabývá. Popisuje v něm metodiku a výsledky prospektivní studie, která trvala v průběhu 16. měsíců a bylo do ní zapojeno 400 sexuálně aktivních žen (16-35 let). Výsledky ukázaly, že drogy měly vliv na jejich rozhodování v oblasti sexuálního života. Kondom používalo 10,4 % žen, které byly pod vlivem návykové látky. Dále se v článku uvádí stavy spojené s konkrétní drogou.

Alkohol

U alkoholu dochází k odbourávání zábran a snadnějšímu navázání sexuálního vztahu. Udává se, že v polovině znásilnění byl muž či žena pod vlivem alkoholu. (Vavříková, 2011, s. 56-59) Nešpor a Scheansová uvádí, že alkohol u žen může vést k poruchám funkce vaječnicků, k neplodnosti a u mužů dochází k zhoršení kvality spermatu. Proto u žen užívající alkohol dochází častěji k spontánním potratům. (Nešpor, Schneasová, 2011, s. 340)

Heroin

Heroin je spojen s rizikovým sexuálním chováním, právě u této drogy je velké procento žen schopno provozovat prostituci nebo „vyměnit“ drogu za sex. S tím souvisí riziko přenosu sexuálně přenosných chorob a zvýšené riziko nakažení se infekčním onemocněním, jako je HIV nebo formy hepatitidy. Uživatelky heroinu často uvedly, že měly více než jednoho sexuálního partnera za rok a ve studii bylo prokázáno, že uživatelky heroinu provozují častěji sex bez ochrany, než s kondomem.

Kokain

U uživatelky kokainu bylo zjištěno, že kokain usnadňuje navazování sexuálních kontaktů, zvyšuje chuť na sex a zvýrazňuje prožívání orgasmu. Proto se uvádí, že se ženy stávají nymfomankami a nebrání se netradičním sexuálními praktikám, (např. skupinový sex). S pervitinem se zvyšuje touha po sexu a také dochází k prodloužení doby sexuálního aktu. Objevuje se také častější kreativita k netradičním praktikám, protože snižuje hranice k seznámení, ale zároveň bývá těžké při velké touze po sexu dosáhnout uspokojení.

Pervitin

Z omamných látek je pak pervitin nejrizikovější z pohledu přenosu HIV a sexuálně přenosných chorob. Velké procento uživatelky pervitinu uvedlo znásilnění.

Extáze

U extáze dochází k pocitu vřelosti celému světu a s tím související rizikové sexuální chování. U žen může extáze mít vliv na prodloužení doby orgasmu.

Konopí seté

Konopí seté pomáhá ženě ulehčovat tíhu od reality a mění její smyslové vnímání. Sice u konopí také napomáhá větší chuti na sex, ale dosažení orgasmu a erekce u mužů se snižuje. Může docházet až k úplné neschopnosti dosáhnout orgasmu při sexuálním styku, takže ovlivňuje i reprodukci. Udává se, že ženy, které kouří marihuanu, jsou až sedmkrát častěji nakaženy sexuálně přenosným onemocněním než ženy, které marihuanu neužívají. (Vavříková, 2011, s. 56-59)

1.3 Prenatální péče

Vavříková a Binder uvádí, že životní styl drogově závislých žen je chaotický, neuspořádaný a prenatální péči odsouvají do pozadí, z čehož vyplývá, že je u těchto žen prenatální péče nedostatečná. (Vavříková, Binder, 2007, str. 6). Prenatální poradnu tyto ženy navštěvují málo, zhruba jednou až šestkrát za těhotenství. Polovina žen nedochází do prenatální poradny vůbec a do porodnice přichází až s nástupem kontrakcí nebo odteklou plodovou vodou. (Vavříková, Binder, 2007, s. 248) Fišárková a Tkaczyk uvádí, že právě nedostatečná prenatální péče je pro tyto ženy charakteristická a že je spíše výjimkou, když ženy do poradny přijdou. (Fišárková, Tkaczyk, 2008, s. 11) Vavříková uvádí, že gravidita drogově závislých matek je většinou neplánovaná a nechtěná. Většinou se zjistí, až po překročení zákonného limitu pro interrupci. Drogovou závislost u gravidních matek zjistíme pomocí anamnézy a toxikologického vyšetření moči. Dále zjišťujeme, o jaký typ drogy se jedná, jak dlouho a jak často žena drogu užívá, jak velkou dávku a také způsob aplikace drogy. (Vavříková, 2003, s. 347) Sedláčková a Žižková uvádí, že prenatální péče u žen u drogově závislých žen je stejná jako u žen, které návykové látky neužívají. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 75) Krejčí a Srp uvádí, že gravidní žena musí být poučena o prenatální péči a pravidelných prohlídkách u lékaře. Poučení se týká rizika přenosu AIDS, užívání návykových látek, atd. Smyslem prenatální péče je zabezpečení gravidní ženy v průběhu těhotenství, prevence a záchyt odchylek od normálního průběhu gestace a zajištění všech diagnostických a terapeutických opatření. Těhotné ženy jsou zařazeny do jedné ze tří skupin, podle toho, o jak rizikovou graviditu se jedná. Gravidní ženy s malým, středním a vysokým rizikem.

Pravidelné vyšetření

V pravidelných lékařských prohlídkách se doplňuje anamnéza, měří se krevní tlak, žena se zváží, provede se chemické vyšetření moči, dále se provede zevní porodnické vyšetření a bimanuální vaginální vyšetření, stanoví se cervix – skóre a od 24. týdne gravidity se provádí detekce známek vitality plodu.

Nepravidelné vyšetření

V 16. týdnu gravidity se vyšetřuje krevní skupina a Rh faktor, krevní obraz, titr erytrocytárních protilátek, vyšetří se HbsAg a HIV, protilátky proti syfilis a provede se screening vrozených vývojových vad.

Mezi 18. – 22. týdnem proběhne první ultrazvukový screening plodu.

Mezi 24. – 28. týdnem se provede screening poruch glukózové tolerance (OGTT).¹

Mezi 30. – 32. týdnem proběhne druhý ultrazvukový screening, vyšetří se krevní obraz, titr erytrocytárních protilátek u Rh negativních žen a s krevní skupinou 0, vyšetří se HbsAg, HIV (u rizikových skupin) a syfilis.

Mezi 36. – 37. týdnem se provede vyšetření na detekci streptokoků skupiny B.

Ve 38., 39. a 40. týdnu se provádí kardiokografický non - stress test. (Krejčí, Srp, 2014, s. 83 – 85)

Vavříková a Binder uvádí, že rizikový způsob života žen užívající návykové látky a sociální problematika jsou závažné faktory jako užívání drogy samotné. Popisují, jak tedy jednat s gravidní ženou, která užívá návykové látky. Důležitý je profesionální přístup, protože drogovou závislost musíme brát jako nemoc CNS. Ženu neponižujeme, nezesměšňujeme, nepoučujeme ji, ale zároveň ji nelitujeme, protože se do této situace dostala sama vlastní vinou. Vysvětlíme ji rizika spojená s užíváním drog a nabídneme možnosti pomoci. Snažíme se jí vysvětlit, že je nejen v jejím, ale i v zájmu dítěte navštěvovat prenatální poradnu. Vyšetření na hepatitidu, HIV a BWR provádíme dvakrát za těhotenství, dále se ženě provádějí poševní výtěry k vyloučení sexuálně přenosných nemocí a ultrazvukové vyšetření ke sledování plodu. Na začátku těhotenství a průběhem prvního trimestru ženě doporučíme detoxikaci, v pozdějším těhotenství substituční léčbu (u závislých na opioidech). (Vavříková, Binder, 2008, s. 203) Sedláčková a Žižková uvádí, že gravidní žena, která užívá návykové látky, by měla být vyšetřena lékařem, porodní asistentkou a

¹ OGTT – orální glukózový toleranční test

drogovým specialistou. Dále poskytneme ženě kontakt s nízkoprahovým střediskem. Prenatální péče probíhá v několika fázích, z nichž první je depistáž, kterou provádí streetworkeri, nízkoprahová centra nebo hygienické stanice. Ženám je určena ambulantní nebo ústavní péče, záleží na množství drogy, kterou žena užívá. Dále je doporučována detoxikační léčba u žen, které užívají do 300 mg opiátů s následnou ambulantní léčbou. U žen, které nejsou schopny zvládat abstinenci nebo užívají více než 500 mg opiátů se doporučuje substituční léčba Subutextem či metadonem. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 75) Při první návštěvě se ženě odebere krev a Vavříková s Binderem k tomu dodávají, že odběr může být obtížný, protože periferní cévní systém u těchto žen bývá velmi zdevastovaný a odběr je tím znemožněn. Bývá to nejčastěji u uživatelék heroinu. Odběry se pak odebírají na nártu, krku nebo v tříselech. Při porodu se pak zavádí centrální žilní katetr. (Vavříková, Binder, 2007, str. 2-6) Chrásková a Vránová dodávají, že ženy svoji závislost bagatelizují a při porodu vyžadují větší množství analgetik, protože bolest nezvládají více než ženy, které drogy neužívají, často u nich bývá reakce až hysterická. (Chrásková, Vránová, 2013, s. 34) Vavříková a Binder dodávají, že právě intravenózní způsob aplikace drogy způsobuje nejvíce zdravotních komplikací, ty mohou být zapříčiněny nesterilní aplikací drogy nebo může být droga nečistá. Jedná se o hepatitidy, HIV, žilní komplikací bývají flebitidy, dále to může být onemocnění srdeční nebo plicní hypertenze. (Vavříková, Binder, 2007, s. 2)

2 Rizika užívání návykových látek

2.1 Závislost na nikotinu

Kastnerová a Žižková v knize „*Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*.“ uvádí, že závislost na nikotinu je závažným zdravotnickým problémem na celém světě. Podle WHO je kuřáků asi jedna třetina dospělé populace, kdy významně stoupá závislost u mladších ročníků. Poukazují na to, že závislost na tabáku je chronické, stupňující se onemocnění a může vygradovat i do letální fáze onemocnění. Polovina kuřáků v České Republice tak má v průměru o 15 let kratší život. Na kardiovaskulární onemocnění umírá každý pátý obyvatel České Republiky a na onkologické onemocnění zhruba jedna třetina obyvatel. (Kastnerová, Žižková, 2008, s. 191) Veleminský a Žižková tvrdí, že nikotin je v naší společnosti nejvíce tolerovanou drogou. Uvádí, že kouř z cigaret obsahuje zhruba 1200 různých

chemických látek a mnoho z nich je karcinogenní. Jde o látku návykovou, která stimuluje nervový systém a po určitém období se mohou objevit abstinenční příznaky. (Veleminský a Žižková, 2008, s. 39)

Reprodukce

Nechanská a kol. popisují, že negativní vliv kouření je všeobecně známý. V porodnické problematice se stále více zabývají tím, že nikotin má významný vliv na reprodukci, průběh těhotenství a na zdraví dítěte, ať ještě nenarozeného nebo již narozeného. Kouření ovlivňuje plodnost a pracovníci v oblasti asistované reprodukce poukazují na negativní vliv kouření a následného otěhotnění, příčinou bývá selhání endometria. Tento problém se netýká jenom žen - kuřáček, ale také žen, které nekouří, ale jejich partner ano. U mužů kouření ovlivňuje kvalitu semene. (Nechanská a kol., 2012, s. 458). Hrubá uvádí, že kuřáci mívají nižší hustotu spermií, dále mají vyšší procento buněk s narušenou mobilitou a další morfologické poruchy. Udává, že kouření způsobuje zvýšené procento aneuploidních spermií. (Hrubá, 2001, s. 35) Nešpor a Scheansová uvádí, že tabák působí negativně na fertilitu žen i mužů. Uvádí, že nejčastější sexuální problém, kterým trpí zhruba jedna třetina mužů je erektilní dysfunkce. K jejím příčinám patří právě nikotin, alkohol, sedavé zaměstnání a obezita. (Nešpor a Scheansová, 2011, s. 340) Hronek a Urbanová uvádí, že kouření narušuje správnou životosprávu a negativně působí na těhotnou i kojící ženu. Kouření negativně působí na produkci pohlavních hormonů, ty řídí proces fertilizace, nidace oocystu, intrauterinní vývoj a následně i samotný porod. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 75)

Komplikace u matky

Hrubá uvádí, že u těhotných kuřáček je větší riziko vzniku kardiovaskulárního a respiračního onemocnění. Popisuje studii, ve které bylo zjištěno, že tyto ženy mají až 4,6 krát vyšší riziko vzniku infarktu myokardu, dvakrát častější je u nich výskyt mozkové mrtvice, o 30% častější výskyt venózní trombózy a 2,5 krát častější výskyt embolie do plic. Respirační onemocnění se u nich objevilo více než trojnásobně, nejčastějším onemocněním byla bronchitida a astma bronchiale. Těhotná kuřačka by si měla uvědomit, že se nejedná jen o zdraví její, ale i zdraví jejího dítěte. Proto si musí uvědomit, že tato onemocnění jsou velkým rizikem pro vývoj plodu a i pro již narozené dítě. (Hrubá, 2011, s. 35)

Komplikace v těhotenství

Hrubá uvádí, že u kuřaček zvyšuje riziko výskytu mimoděložního těhotenství, předčasné ruptury plodových blan, abrupce placenty a placenta previa. Dalšími komplikacemi jsou předčasné porody a potraty. (Hrubá, 2011, str. 35) Sedláčková a Žižková dodávají, že právě kouření přispívá až ve 14 % procentech k předčasnému porodu. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 74) Hrubá v článku dále uvádí, že u této skupiny žen je častější výskyt nadměrného zvracení, krvácení po celou dobu gravidity a většího krvácení v poporodním období. (Hrubá, 2011, s. 35) Nechanská a kol. dodává, že u závažných komplikací v těhotenství a při porodu dále sledujeme izoimunizaci, gestační hypertenzi, intrauterinní růstovou retardaci, in vitro fertilizaci, preeklampsii a eklampsii. (Nechanská a kol., 2012, s. 460)

Komplikace u plodu

Hypoxie a hyponutrie

Hronek a Urbanová uvádí, že u plodu kuřaček dochází k zpomalení tělesného vývoje, k čemuž přispívá hypoxie plodu. Tak je způsobena snížením uteroplacentární perfuze, která vznikla jako důsledek vazospazmu indukovaného nikotinem a dále větším množstvím karboxylhemoglobinu v krvi plodu při jeho působení oxidu uhelnatého, který žena vdechuje. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 76) Hrubá udává, že nikotin se vstřebává v krvi a snadno proniká do placenty a krevního oběhu plodu. Nikotin je spojen s nervovou tkání a navazuje na se typy acetylcholinových receptorů. Tyto receptory se aktivují, to způsobí, že dojde ke zvýšené aktivitě sympatického nervstva a nadledvin. Reakce je tedy stejná, jako reakce na stres. Klinicky se reakce projevují vazokonstrikcí, zvýší se tepová frekvence a minutový objem srdce. Dochází ke snížení průtoku krve v orgánech plodu, tím je plod méně zásoben kyslíkem a živinami a dochází ke zpomalenému odvodu zplodin metabolismu. Právě hypoxie a hyponutrie se projevuje při každé cigaretě a trvá zhruba 30 - 45 minut. Do plodu proniká i oxid uhelnatý, který je vdechován matkou, ten na sebe váže hemoglobin a blokuje tak kapacitu pro kyslík. Koncentrace karboxylhemoglobinu plodu je až 25% vyšší, než v krvi matky. Další komplikací je zadržování kadmia v placentě, kde následně nekrotizuje a omezuje tak funkčnost placenty. Nejčastějším projevem v České Republice je intrauterinní růstová retardace, která se projevuje nižší porodní hmotností a kratší délkou gravidity.

(Hrubá, 2012, s. 35) Hronek a Urbanová dodávají, že kadmium vyvolává změny na cévách, tím dochází ke špatnému průtoku krve a u plodu nastává ischemie. Popisuje, že u předčasných porodů byly nalezeny vyšší hladiny kadmia v séru matky než u žen, které rodily v termínu porodu. (Hronek a Urbanová, 2005, s. 76)

Nízká porodní hmotnost

Hronek a Urbanová uvádí, že děti kuřaček mají menší porodní hmotnost než ty, které se narodí nekuřačkám. Popisuje, že průměrná hmotnost novorozenců kuřaček je o 114 g nižší než u dětí nekuřaček. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 75) Sedláčková a Žižková uvádí, že váha novorozenců je nižší u kuřaček o 150 – 300 g oproti hmotnosti novorozenců nekuřaček. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 74) Nechanská a kol. udávají, že novorozenci kuřaček mají v průměru o 200g menší porodní hmotnost a jejich průměrné gestační stáří je kratší o 1%, průměrně to vychází na 3 dny. (Nechanská a kol., 2012, s. 466 – 467) Hrubá udává, že děti narozené kuřačkám mívají menší obvod hlavičky, porodní délku a nižší porodní hmotnost. Ženě, která během těhotenství kouřila, netrpěla žádným závažným onemocněním, těhotenství probíhalo bez problémů a narodilo se jí dítě s nižší porodní hmotností než 2500g, tak se předpokládá, že dítě je postiženo tzv. fetálním tabákovým syndromem. (Hrubá, 2001, s. 36) Hronek a Urbanová dodávají, že kouření v těhotenství představuje v průměru 2,4 krát větší riziko předčasného porodu. Dále udávají, že novorozenci, kteří jsou narozeni v termínu porodu a mají nižší hmotnost než je 2500g, se s velkým procentem narodili kuřačkám. (Hronek a Urbanová, 2005, s. 76) Hrubá popisuje, že novorozenec s nižší porodní váhou je více ohrožen zdravotními komplikacemi, neboť má menší schopnost adaptovat se na vnější okolí. Nízká porodní hmotnost je významným rizikovým faktorem, který vymezuje novorozeneckou nemocnost a úmrtnost. (Hrubá, 2011, s. 35)

Porucha plicní funkce

Hronek a Urbanová uvádí, že kouření matky poškozuje funkci plic novorozence a ovlivňuje respirační systém plodu. Nízká porodní hmotnost novorozence naznačuje prognózu, že dítě bude trpět astmatem. Upřesňují, že předčasný porod a nízká porodní hmotnost novorozence zvyšují riziko astmatu u 83% případů. Nejvíce se riziko zvyšuje v prvních sedmi letech života dítěte. Kouření matky je odpovědné za porušení plicní funkce dítěte v raném věku a následné riziko

respiračních infekcí u dětí. U dětí se objevují sípoty, které se objevují v prvním roce života dítěte. Proto by se děti měly udržovat v čistém prostředí, které je bez kouře, ať už před porodem, tak i po porodu. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 76-77) Binder a Vavříková uvádí, že i pasivní kouření ženy zvyšuje riziko rozvoje atopie u plodu a rozvoj alergie v dětském věku. (Binder, Vavříková, 2006, s. 19) Hrubá dodává, že děti, které se narodily kuřáčkám, jsou v průběhu prvního roku života častěji postiženy respiračním onemocněním, převážně onemocněním dolních dýchacích cest. (Hrubá, 2011, s. 36) Hronek a Urbanová popisují, že u dětí, které jsou vystaveny kouři, se zvyšuje riziko kašle v noci a respiračních infekcí jako je zánět průdušek nebo zápal plic. Dalším onemocněním, které je popisované ve spojitosti s kouřením matky je zánět středního ucha dítěte. Poukazují i na to, že pasivní kouření matky zvyšuje riziko meningokokové nákazy a tuberkulózy u dětí. (Hronek a Urbanová, 2005, s. 76 - 77)

Vrozené vývojové vady

Hrubá uvádí, že každým rokem se narodí 7,9 milionů lidí s vrozenou vývojovou vadou, z níž 3,2 milionů jsou mentálně nebo fyzicky nezpůsobilí k normálnímu vedení života a 3,3 milionů novorozenců nepřežije pět let. Záleží na genetické výbavě jedince a na rizikových faktorech, z níž právě kouření u matek je významným rizikovým faktorem. Děti se rodí s malformacemi urogenitálního traktu, defekty dolních končetin, defekty srdečního septa a převážně s obličejovými rozštěpy. (Hrubá, 2011, s. 35) Nešpor a Scheansová udávají, že to jsou hlavně rozštěpy patra. (Nešpor a Scheansová, 2011, s. 340)

Maligní nádory

Hrubá uvádí, že kouř z cigaret obsahuje 67 chemických karcinogenů z celkem 73 dosud prokázaných karcinogenů, kteří jsou původci maligního bujení u lidí. Jsou to například nikotin, olovo, nikl, nitrosaminy a polycyklické aromatické uhlovodíky. Tyto karcinogeny mohou přecházet z matčiny krve do plodu, kde vyvolávají mutagenní změny a ty po narození plodu zvyšují riziko maligních nádorů. V novorozenecké krvi jsou zvýšeny hodnoty adduktů benzo /a/ pyrenu na DNA než u kouřících matek. Dále byla u dětí zjištěna nižší aktivita T – lymfocytů, které jsou potřebné pro rozpoznání a destrukci nádorových buněk. (Hrubá, 2011, s. 37 - 38) Hronek a Urbanová uvádí, že zvýšený výskyt rakoviny je převážně v dětském věku.

Nejčastějšími nádory to jsou leukémie, lymfomy a nádory mozku. (Hronek a Urbanová, 2005, s. 77)

Poruchy chování

Hrubá uvádí, že se u dětí kuřaček vyskytují kognitivní poruchy, příkladem může být snížení vizuální paměti, horší reakce na sluchové stimuly nebo poruchy chápání řeči. Dále poruchy chování, jako příklad uvedla agresivní chování, kriminalitu nebo antisociální projevy. Vyskytují se i děti i poruchy pozornosti, hyperaktivita, z psychických problémů to může být deprese nebo úzkosti. Psychiatrickým onemocněním trpělo 13,7 % ve věku 18 let. Popisována je i zvýšená vnímavost ke vzniku závislosti. (Hrubá, 2011, s. 37) Hronek a Urbanová uvádějí, že riziko rozvoje závislosti u dětí je spojeno s kouřením ženy v graviditě. Pravděpodobně k tomu dochází přestupem nikotinu přes placentární bariéru, kde působí na neurologický vývoj plodu. Toto působení je příčinou nezvratných abnormalit mozku. Děti matek, které vykouřily kolem 20 cigaret za den, mají vyšší riziko rozvoje závislosti na nikotinu. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 77) Hrubá dodává, že hlavním mechanismem je aktivace acetylcholinových receptorů nikotinem, které vedou k poruše vývoje neurotransmiterových systémů. Tím dochází k závažným změnám na mozku. Snižuje se hmotnost mozku, tloušťka vrstvy v somatosenzorické oblasti, dochází ke snížení hustoty neuronů, ke zvětšování intracelulárního prostoru a také se zvyšuje počet apoptoických buněk. (Hrubá, 2011, s. 37) Binder a Vavříková tvrdí, že děti kuřaček mohou trpět lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, od toho se odráží i zhoršený prospěch ve škole a poruchami chování. (Binder, Vavříková, 2006, s. 19) Hronek a Urbanová poukazují na souvislost mezi kouřením, hyperkinetickým syndromem s poruchou pozornosti (ADHD) a školním prospěchem. U dětí dochází ke zvýšené aktivitě, snížené pozornosti a k poruše intelektuálních schopností. S kouřením matek v graviditě vysoce stoupá riziko vzniku ADHD u jejich dětí. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 77)

Obezita

Hrubá uvádí, že novorozenci s nižší porodní hmotností mají později sklony k nadváze až obezitě. Prenatální působení nikotinu podporuje vytváření tukové tkáně v pozdějším životě. Studie u adolescentů prokázala spojitost s vyšším intraabdominálním hromaděním tuku a cigaretovým kouřem, což je pokládáno za

velmi významný rizikový faktor metabolického a kardiovaskulárního onemocnění. (Hrubá, 2011, s. 36) Hronek a Urbanová tvrdí, že hlavně kouření matek v prvním trimestru přispívá k rozvoji obezity u plodu. Uvádí, že až 5,9% novorozenců trpí obezitou, při kouření matek v prvním trimestru. (Hronek, Urbanová, 2005, s. 77) Oken a kol. dodávají, že nevíce jsou obézní děti kuřáček od narození dítěte do 2 let věku a dále pak v pubertě. Díky obezitě se u dětí zvyšuje riziko vzniku diabetu mellitu, neboť mají zvýšené BMI, krevní tlak, lipidy a glukózu v krvi. (Oken a kol, 2008, s. 201-210)

Další následky působení nikotinu

Hrubá uvádí, že dalšími následky kouření žen v těhotenství je zvýšená kazivost zubů, oddálení první menstruace u dívek, jedná se o 3 – 4 měsíce a u chlapců možnou dysfunkci reprodukce. Chlapci mívají menší varlata a snížený obsah a hustotu spermií. (Hrubá, 2011, s. 37 – 38)

2.2 Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS)

Syndrom náhlého úmrtí kojence je definován jako „*náhlá, neočekávaná smrt dítěte mladšího jednoho roku, která zůstává nevysvětlena i po kompletní klinické revizi, laboratorních vyšetřeních a pitvě*“. (Fendrychová, 2006, s. 27) Hrubá dodává, že SIDS je hlavní příčinou poporodní mortality u kojenců v rozvojových zemích. (Hrubá, 2011, s. 37) Fendrychová uvádí, že sice jde o onemocnění, u kterého neznáme jasnou příčinu, ale významnou roli hrají rizikové faktory, které se na SIDS podílejí. Zásadním rizikovým faktorem je poloha dítěte na břicho ve spánku, velmi měkké lůžko, špatná prenatální péče a přehřívání dítěte, nízký věk matek, dítě nedonošené nebo s nízkou porodní hmotností. Častěji se SIDS vyskytuje u chlapců a velmi významný faktor je kouření matky v těhotenství. Popisuje, že dvakrát častější riziko SIDS má černošská populace a třikrát častěji indiánská a aljašská populace. (Fendrychová, 2006, s. 27) Paul dodává, že dalšími rizikovými faktory jsou umělá výživa, chladné místnosti a současné horečnaté onemocnění. U matek pak spolu s kouřením i další drogy, nízká vzdělanost, svobodné matky, krátké časové odstupy mezi těhotenstvím a intrauterinní růstová retardace a hypoxie. (Paul, 2006, s. 26) Fendrychová udává, že jediná vhodná poloha pro děti do jednoho roku života je poloha na zádech, aby se co nejvíce zabránilo vzniku SIDS. Uvádí, že poloha na

boku není až zase tak bezpečná, protože dítě se snáze přetočí na břicho. Dítě by v poloze na břiše mělo ležet jen za kontroly rodičů. Doporučuje se vyhýbat měkkým lůžkovinám a dalším předmětům, kterými by se dítě mohlo udusit. Dítě by se mělo dotýkat nohama konce postýlky a deka by měla být pouze po jeho hrudník. Dítě by mělo spát v postýlce, která je nadosah matky. Děti by měly být kojeny, neboť ty, které nejsou, tak jsou vystavené zvýšenému riziku gastrointestinálních a respiračních onemocnění, které mohou vést k SIDS. Jedním z hlavních rizik je tedy kouření matky a rovněž i zakouřená místnost. (Fendrychová, 2006, s. 27-28) Hrubá dodává, že právě působení cigaretového kouře zvyšuje 2 – 5 krát riziko SIDS. U dětí se to projevuje snížením srdeční tepové frekvence, zvýší se obstrukční apnoe, redukce pohotovosti a bdělosti, ty následně vyvolávají kardiopulmonální dysfunkci. Předpokládá se, že SIDS souvisí s poruchami serotonergního neurotransmiterového systému, kde dochází k snížené odpovědi organismu na fyziologické stresory. Může to být buď hypotenze, hypoxie nebo až asfyxie. (Hrubá, 2011, s. 37)

2.3 Závislost na alkoholu

Vavříková a Binder uvádí, že alkohol je nejrozšířenější společensky tolerovaná droga. Pro společnost je daleko nebezpečnější užívání alkoholu než užívání tzv. nelegálních drog, díky svým sociálním a zdravotním dopadům. (Vavříková, Binder, 2006, s. 18) Schmidtová dodává, že nadměrná konzumace alkoholu vede ke změně ve fungování jedince, ovlivňuje zdravotní stav člověka, zasahuje do společenského uplatnění člověka, díky závislosti na alkoholu dochází k rozpadu rodiny a vede k závislosti na alkoholu se všemi důsledky. Se závislostí na alkoholu je spojené i vyšší riziko onemocnění a úmrtí. Poukazují na to, že v adolescenci a rané dospělosti se vyskytují souvislosti s užíváním alkoholu, násilím a kriminalitou. V dnešní době se mladí lidé snáze dostanou k alkoholu a není výjimkou, že alkohol užívají už žáci základní školy. Z toho vyplývá, že u nás narůstá stále vyšší počet závislých dětí. (Schmidtová, 2011, s. 27)

Závislost na alkoholu u žen

Wojtyla uvádí, že jakékoliv i alé množství alkoholu v těhotenství je pro plod nebezpečné. Plod může být poškozený v každé fázi jeho vývoje. Těhotné ženy by proto neměly pít alkohol v těhotenství a měly by se zdržet konzumace alkoholu již při

plánování gravidity. Zdravotnický personál by měl ženy pravidelně edukovat o rizicích spojených s užíváním alkoholu v graviditě a doporučit jim aby se konzumace alkoholu v graviditě zdržely. (Wojtyla et al., 2012, s. 373-375) Pecinová popisuje, že postavení žen se změnilo v druhé polovině 20. století, kdy se ženy staly společensky, právně i ekonomicky nezávislé. Tím, že začaly opouštět rodiny a dosavadní společenské role, tak zůstávají na své problémy samy a nemohou se spolehnout na pomoc rodiny a společnosti. Dostávají se do jiných rolí, než na které byly zvyklé, ale zároveň jim zůstávají role mateřské. Ženám tak zvládnutí nových rolí, úkolů a očekávání může způsobit vážné psychické problémy. Stále více přibývá žen, které častěji konzumují alkohol při společenských akcích. Oproti mužům jsou však ženy daleko zranitelnější jak po stránce psychické tak somatické. I když je u žen pití alkoholu tolerováno, tak odmítavý postoj k závislým ženám se skoro nezměnil. (Pecinová, 2013, s. 26) Schmidová dodává, že právě holdování alkoholu bylo dříve výsadou mužů a to hlavně na veřejných akcích. Dnes je užívání alkoholu tolerované i pro ženy. Závislost na alkoholu u ženy, ale zasahuje do reprodukčních schopností ženy a velkým problémem se stává užívání alkoholu v těhotenství. U těhotných žen je pak velice těžké užívání alkoholu zjistit, neboť většina žen jej konzumuje tajně. Někdy se může závislost na alkoholu u těhotné ženy zjistit až po porodu dítěte, které je alkoholem postižené. Uvádí, že i závislost na alkoholu je ve vysokém procentu dědičná. V těhotenství je u žen zvýšený podíl stresu, ať už ze samotného těhotenství, sociální izolací ženy, která musí být stále v domácím prostředí nebo péčí o další děti. Dále je stres způsoben v situaci, kdy je žena bez partnera a musí se postarat o hmotné zabezpečení rodiny. Matky, které užívají alkohol v těhotenství, tak mají často v anamnéze sexuální zneužití, týrání, ať už psychické nebo fyzické, ztrátu rodiče v dětství a jsou nadměrně vystavovány fyzické zátěži anebo na ně byl v prenatálním období také vyvíjen teratogenní vliv alkoholu. (Schmidová, 2011, s. 27) Pecinová dodává, že motivace žen k závislosti na alkoholu dochází buď cestou psychogenní, sociogenní nebo jejich kombinací. Psychogenní účinek dovede ženu uvolnit a pomoci jí odpočinou. Dále využívá alkohol k stimulaci a k zvládnutí zátěže. K psychickým obtížím používá alkohol proti depresím a hypnotickým účelům. Ženy tedy požívají alkohol nikoliv k opilosti, ale ke změně jejich psychického stavu. Další rizikové faktory k rozvoji závislosti je sklon k požitkaření, depresivní nebo úzkostné stavy, poruchy s příjmem potravy, dříve způsobené trauma, a problémy se zvládnutím afektivních stavů. Sociologický rozvoj

se uplatňuje právě při konzumaci alkoholu s partnerem nebo konzumace alkoholu s přáteli. (Pecinová, 2013, s. 26-27) Sedláčková a Žižková uvádí, že i malá dávka alkoholu je pro plod škodlivá. Koncentrace alkoholu v krvi plodu je stejná jako u jeho matky. Ovšem játra plodu nedokážou tak rychle alkohol odbourat, jako játra jeho matky. Koncentrace alkoholu u plodu zůstává tedy mnohem déle než u jeho matky, často déle než jeden den. Během druhé až třetí hodiny po matčině konzumaci alkoholu je u plodu dokonce vyšší koncentrace alkoholu v krvi než u jeho matky. (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73)

Působení alkoholu na plod

Schmidtová uvádí, že prokázání alkoholu u ženy v těhotenství je diagnosticky velmi důležité. To jak hodně bude dítě postižené, závisí na množství alkoholu konzumovaného ženou v těhotenství, citlivosti plodu, věku matky, atd. Věk matky je důležitý, neboť u starších matek je vyšší riziko postižení plodu. Příkladem uvádí, že ženy, které vypijí pět a více skleniček každý víkend a u žen starších 30 let je až 2 – 5 krát vyšší riziko, že plod bude postižený. Mozek těchto dětí je pak citlivější k hypoxii a je u nich vysoké riziko vzniku mozkové ischemie. Hypoxie má za následek kongenitální deficity, př. dyslexie a jsou spojeny s poškozením CNS. Při silné závislosti ženy dochází k předčasným porodům nebo úmrtí plodu před porodem. Při vyšetření ultrazvukem lze u těžce závislých žen nalézt vrozené vývojové vady orgánů, mikrocefalii a růstovou retardaci plodu. Popisuje studii, která uvádí, že je vztah mezi užíváním alkoholu a opožděným prenatálním růstem po celou dobu gravidity, převážně ale v prvním a druhém měsíci gravidity. Ve vyšším stupni gravidity pak dochází k poruchám chování, kongenitálních funkcí a poruchám v postnatálním růstu. Třetí až šestý týden gravidity je nejrizikovější pro teratogenní působení alkoholu, protože v tomto období se vyvíjí mozek plodu. V tomto období je to nejvíce závažné, neboť žena ve většině případů o své graviditě ani neví. Dále tvrdí, že alkohol nemusí způsobovat výhradně FAS, ale velkou škálu poškození. Poškození je od FAS přes mírnější projevy, u kterých se projevuje převážně postižení neurovývoje mozku, jako jsou poruchy chování, problémy s učením, hyperaktivitou a somatickými znaky. Jsou to postižení, která vznikla díky působení alkoholu intrauterinně na plod. Vrozené alkoholové poruchy (FASD) se dělí na 4 skupiny, které jsou: FAS, FAE, ARBD a ARND. (Schmidtová, 2011, s. 28)

Vrozené alkoholové poruchy

FAS

Novotný J.B. a Novotný Z. definují fetální alkoholový syndrom jako „*souhrný název pro skupinu specifických poruch, které se mohou vyskytovat u dětí matek, které během těhotenství konzumovaly alkohol.*“ FAS definují tyto čtyři základní znaky: „*faciální abnormality, poruchy růstu, dysfunkce CNS a přítomnost konzumace alkoholu matkou během těhotenství.*“ (Novotný, Novotný, 2009, s. 252) Schmidtová tvrdí, že FAS můžeme diagnostikovat na základě typických abnormalit, které jsou buď somatického původu a nebo zjištění, že matka v době gravidity pila alkohol. Ve většině případů se u každého jedince s FAS vyskytly znaky, které jsou charakteristické pro toto postižení, dále retardace růstu a nebo poruchy CNS, které zahrnují snížení intelektu, iritabilitu v kojeneckém věku a problémy s přijímáním potravy. Děti s postižením FAS mají nižší porodní hmotnost, mikrocefálii, časté poruchy růstu s opožděným vývojem, ocnice mívají příliš blízko sebe, horní ret mají tenký a další změnou v obličeji je dlouhé hypoplastickéfiltrum. K poškození srdce dochází asi u jedné třetiny dětí, u kterých se projevuje defektem síňového a komorového septa a dále Fallotovou tetralogií. Dalšími znaky jsou menší ledviny, nadpočetné bradavky, rozštěpy patra a rtu a kalcifikace epifýz. Průměrné IQ mívají mezi 60 – 70, což značí pro lehkou mentální retardaci. Chování se u novorozence projevuje vyšší iritabilitou, u předškolního dítěte hyperaktivitou a u školáka se projevuje už ADHD. (Schmidtová, 2011, s. 28-29) Novotný J. B. a Novotný Z. Uvádí, že incidence FAS je v USA 3/1000 narozených, kde v pití alkoholu pokračuje 10 % těhotných žen, tak se předpokládá, že v České Republice je incidence FAS ještě vyšší, protože u nás pokračuje s pitím alkoholu kolem 30 % těhotných žen. Dále poukazuje na to, že dodnes nebylo určené rizikové množství alkoholu, který způsobuje FAS, ale zdůrazňuje, že v dnešní době se hodně poukazuje na to, že už i malé množství alkoholu je rizikové pro vznik FAS. (Novotný, Novotný, 2009, s. 252)

Diagnostika FAS

Seemanová uvádí, že v diagnostice FAS musíme v první řadě odlišit teratogenní embryopatii př. toxoplazmovou, zarděnkovou, atd. Jsou pak pro ně společné znaky: růstová retardace plodu, poporodní hypotrofie, špatné životní projevy, které se projevují tím, že novorozenec špatně pije, málo křičí a iritabilitou. Další projevy jsou poruchy tonu, faciální dysmorfie, poruchy v chování dítěte a

mentální retardace. Důležitým diagnostickým údajem je odebrání anamnézy. Genetickou diagnostikou se musí vyloučit chromozomální aberace, které se projevují jako mikroleční syndromy a Edwardsův syndrom a nonogenní syndromy, příkladem jsou syndromy chromozomální instability a syndrom Noonanové. (Seemanová, 2013, s. 24) Novotný J. B. a Novotný Z. uvádí, že v České Republice se diagnostika FAS provádí hlavně díky obličejovým znakům, které jsou definované po FAS. Ve světě bylo vytvořeno několik diagnostických metod pro FAS. První diagnostickou metodou bylo vytvoření diagnostických kritérií pro FAS, které popisují pět kategorií pro diagnostiku FAS: „*FAS s potvrzenou expozicí alkoholu během těhotenství, FAS s nepotvrzenou expozicí alkoholu během těhotenství, partial (částečný) FAS s potvrzenou expozicí alkoholu během těhotenství, ARBD (alcohol – related birth defects), ARND (alcohol – related neurodevelopmental disorders)*“. Dnes se používají jiné diagnostické metody a tato sloužila jen jako výchozí diagnostika, pro stanovení novějších metod. Jako další vznikla diagnostická metoda „*Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders - The 4 – Digit Diagnostic Code (4DDC)*“. Metoda je zaměřena převážně na vyplnění tabulky pro diagnostiku FAS, ve které se hodnotí základní kategorie pro FAS a míra naplnění toho určitého znaku. Odborník vyplní tabulku a z ní získá čtyřmístný kód, který pak potvrdí konkrétní diagnózu. Nakonec se do formuláře napíše doporučená terapie a léčba. Další diagnostickou metodou je „*Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*“, která se moc neliší od předchozí, mají jen odlišnou formu. V této metodě se využívá spíše narativního způsobu psaní formuláře. Od odborníků však požaduje daleko více samostatnosti, při posouzení a diagnostice u dítěte a daleko větší orientaci a informovanost v problematice FASD. Důležité je, že pouze FAS je oficiální diagnózou, které má kód v MKN – 10², ostatní vrozené alkoholové poruchy nejsou oficiální diagnózou. Poslední metodou pro diagnostiku FAS je „*Canadian Guidelines for FASD Diagnosis*“. Kde první část obsahuje kratší dokument, ve kterém jsou informace o výskytu FASD, diagnostice a rizikových faktorech. Další část obsahuje diagnostický proces, na který navazuje diagnostický manuál, který je založen na principech 4DDC, podle kterých je také vyhodnocován. Část manuálu je také věnována následné péči o jedince postiženého FAS. (Novotný, Novotný, 2009, s. 253-254)

² MKN – 10 - mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

FAE („*fetal alcoholic effect/ partial FAS neboli částečné FAS*“)

Schmidtová uvádí, že pro diagnózu FAE musí být splněny určité znaky pro toto postižení. Je to prokázané užívání alkoholu v těhotenství a určité množství znaků v obličeji, které jsou typické pro FAS. Dále pak zjištění dalších znaků, jako jsou pomalý růst, postižení CNS, nižší intelekt, kdy IQ dosahuje hodnot mezi 70 – 85, poruchy chování a další psychické změny. Jedinci s postižením FAE mají nejvíce problémy s chováním a kognitivní dysfunkci. U jedinců se pak projevuje poruchami ve škole, mají velké nedostatky v řeči, abstraktním myšlení a hlavně v matematických úlohách. Nedokážou se ovládat, jsou impulzivní, mívají problémy ve vztahové oblasti a nedokážou správně porozumět sociální situaci. (Schmidtová, 2011, s. 29)

ARND a ARBD („*ARBD – alcohol related birth defects, ARND – alcohol related neurodevelopmental disorders*“)

Schmidtová popisuje ARDN a ARBN jako diagnózu, u které je nižší působení alkoholu na plod než tomu je FAS nebo FAE. Jedinec je buď ovlivněn poruchami CNS a to je pak charakteristické pro ARND a nebo somatickými poruchami a to je pak charakteristické pro ARBD. U obou diagnóz je samozřejmě zjištěno prokázání užívání alkoholu matkou v graviditě. U ARND dochází k nervovému poškození plodu bez somatických změn, které jsou typické pro FAS. Do poruch CNS jsou zahrnuty problémy s učením, neschopnost jedince porozumět sociální situaci, špatné sebeovládání a chování, zvýšená impulzivita, poruchy soustředění, úsudku, myšlení a paměti. U ARBN je to pak somatické poškození jedince, bez poškození mozku. Somatické projevy jsou podobné diagnózám FAS a FAE, ale mají daleko mírnější projevy. (Schmidtová, 2007, s. 356 – 357)

Léčba závislosti alkoholu u žen

Pecinovská uvádí, že léčba závislosti a alkoholu u žen je zdlouhavější a náročnější oproti mužům. Ženy přicházejí do léčebného programu déle, není výjimkou dvouleté zpoždění nástupu do léčby, od doby kdy byla indikována. Setkáváme se s tím, že ženy jsou jen velmi málo ochotné spolupracovat, proto je žen častější indikace ústavní léčby, která by měla u ženy přispět k dlouhodobějšímu období remise. Odmítají častěji přístup k léčbě a vytvoření si nadhledu nad danou závislostí a problémy, které se jich týkají v souvislosti s užíváním alkoholu. Odmítavě se stavějí i k pomoci od psychoterapeutů. Daleko těžce přiznávají požívání alkoholu

v souvislosti s rolí ženy a matky, příkladem může být těhotenství nebo výchova dětí. Oproti mužům jsou pak v terapii méně násilné, agresivní a využívají nátlaku na okolí. V terapii je pro ně zásadně potřebná empatická atmosféra. Potřebují získat důvěru ke sdělování svých intimních problémů, především problémům psychotraumatickým. Ženy mohou docházet na ambulantní léčbu, když pacientka vydrží abstinovat na podkladě svého vlastního rozhodnutí a to v délce alespoň 6. měsíců. Do ambulantní léčby je pak zahrnuta individuální nebo skupinová psychoterapie, farmakoterapie, která se využívá převážně k léčbě duševních poruch ženy, jako jsou deprese a úzkostné poruchy. Dále volnočasové aktivity, edukační programy a socioterapie. Další formou léčby je stacionární léčba, která trvá několik dní, kdy pacientka dochází do stacionáře každý den, kde je pro ni připraven celodenní léčebný program, který pomáhá ženě abstinovat při kontaktu s domácím prostředím každý den. Jako další formou pomoci je ústavní léčba, které představuje pro ženu hospitalizaci v léčebně na 3 – 6. měsíců. V programu ústavní péče je zahrnuta psychoterapie, socioterapeutické prvky a farmakologická léčba. Ústavní léčba poskytuje ženě prostředí bez drog, komunitu tvořenou ženami s podobným problémem, získání nadhledu nad svou závislostí, zvládnutí situací, do kterých se žena po propuštění z ústavní léčby může dostat a jak vzniklé problémy řešit. Léčebný program trvá zhruba 3 roky, které jsou rozvrženy na 6 – 8. týdnů v ústavní léčby. Kolem 10. týdne by měla žena reálně vidět svoji situaci a zvládnout léčebný režim. Do 13. týdne pak očekáváme, že si bude sama schopna udělat plán do budoucna o jejím dalším životě a hlavně přijmutí abstinence. Poslední formou pomoci jsou doléčovací programy, ty jsou už pro ženy, které už mají léčbu závislosti za sebou a teď se snaží řešit problémy týkající se jejich závislosti v minulosti. Zhruba po ročním abstinování se objeví problémy, které vedly k užívání alkoholu. Ve druhém roce po abstinování se objeví změny v životním stylu, ve vztazích, ke kterým se projí okolí ženy. Stabilizace všech změn by měla nastat do třetího roku po abstinenci a po čas celého období je žena sledována odborníkem. (Pecinovská, 2013, s. 25 – 28) Schmidtová udává, že k závislosti na alkoholu musíme přistupovat jako k chronickému onemocnění, aby byla léčba úspěšná. Těhotná žena užívající alkohol je znevýhoněna, zvláště pokud má špatné rodinné a sociální zázemí. Dále uvádí, že pro ženy s malými dětmi a těhotné ženy bez podpory okolí není v České Republice pro léčbu závislosti situace příznivá a léčba je pro ně téměř nedostupná. Často jsou těmito ženám odebírány děti, pro zanedbávání péče. Motivace k léčbě u těchto žen je velmi malá a není výjimkou,

že při dalším těhotenství je opět prokázané užívání alkoholu, s tím může být dítě opět odebráno do ústavní péče a předáno k adopci. (Schmidtová, 2011, s. 27-28)

2.4 Neonatální abstinční syndrom (NAS)

Drobná a Čihař uvádí, že psychotropní látky způsobují vznik novorozeneckého abstinční syndromu u dítěte. Příkladem psychotropních látek uvádí opiáty, opioidy, toluen, ale také právě alkohol a nikotin. (Drobná, Čihař, 2010, s. 44,) Stará a kol. dodávají, že se neonatální abstinční syndrom projevuje řadou příznaků, které vycházejí z reakce CNS, gastrointestinálního traktu, vegetativních a respiračních poruch. (Stará a kol., 2009, s. 382) Fišárková a Tkaczyk uvádí nervové projevy neonatálního abstinční syndromu jako jsou křeče, třes, zívání, nespavost, pláč, vyšší dráždivost, atd. Dále projevy gastrointestinální jako je špatné sání a polykání, zvracení, průjem, atd. A poslední skupinou uvádějí projevy autonomního systému jako je horečka, plný nos, nadměrné pocení, atd. (Fišárková, Tkaczyk, 2008, s. 13) Stará a kol., Dodává, že neonatální abstinční syndrom se vyskytuje u 50 – 90% dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství opiáty nebo byly na substituční léčbě. Klinické příznaky u novorozence se projevují podle druhu drogy, kterou žena užívala. Nejdříve se příznaky projeví u dětí toxikomanek, které byly závislé na heroinu. U nich se příznaky projeví do 24 hodin po porodu, ale s největší manifestací mezi druhým a třetím dnem po porodu. (Stará a kol., 2009, s. 382) Fišárková a Tkaczyk dodávají, že pokud se objeví novorozenecký abstinční syndrom do 24 hodin po porodu, tak to s největší pravděpodobností značí užití ženy heroinu těsně před porodem. (Fišárková, Tkaczyk, 2008, s. 13) Stará a kol. uvádí, že další skupinou je substituční léčba a to metadon a buprenorfin (Subutex). Uvádí, že tyto preparáty nejsou pro dítě úplně bez rizika. Právě neonatální abstinční syndrom mívá u dětí uživatelék substituční léčby delší průběh a je u nich prokázána vyšší intenzita příznaků s porovnáním u uživatelék heroinu. Čím vyšší dávku substituční léčby žena dostává, tak tím vyšší jsou příznaky neonatálního abstinční syndromu. U těchto dětí se pak neonatální abstinční syndrom projevuje od 48 hodin až po 1 měsíc po porodu. (Stará a kol., s. 383) Fišárková a Tkaczyk k tomu dodávají, že u metadonu se příznaky začnou objevovat od 48 – 72 hodin po porodu a u Subutexu do 7 dnů a někdy i déle. (Fišárková, Tkaczyk, 2008, s. 13) Wachman EM a kol. uvádí, že se stále zvyšuje incidence neonatálního abstinční syndromu, příkladem udává, že v USA je

incidence 5,8 na 1000 živě narozených dětí. Toto onemocnění pak tvoří 3% všech hospitalizovaných dětí na jednotkách intenzivní péče. S tímto problémem pak souvisí delší hospitalizace dětí a s tím spojené vyšší náklady na léčbu. Průměrnou délku hospitalizace dítěte uvádí tři týdny. (Wachman, Schiff, 2016, s. neuvedeno) Stará a kol., popisuje diagnostiku novorozeneckého abstinčního syndromu. Do diagnostiky musíme zařadit anamnézu matky, do které patří informace o droze, kterou užívá. Dále hodnotíme přítomnost klinických příznaků u dítěte, podle skóre Finneganové a toxikologický screening a to jak u novorozence, tak u matky. U dítěte vyšetřujeme moč, krev, smolku, vlasy a tkáň pupečníku. U matky pak vyšetřujeme krev a moč. A v poslední řadě provádíme laboratorní vyšetření k vyloučení jiných onemocnění, především infekcí, metabolických onemocnění, vrozených a získaných onemocněních, atd. (Stará a kol., 2009, s. 383) Vavříková a Binder popisují skórovací systém Finneganové jako nejpropracovanější a nejvíce využívaný způsob hodnocení neonatálního abstinčního syndromu. Sleduje 21 příznaků, z oblasti CNS, respiračního, gastrointestinálního a vasomotorického systému. Příznaky jsou pak ohodnoceny body od 1 do 5 bodů, dle závažnosti, intezity nebo délky onemocnění. Při podezření na abstinční příznaky dítěte, se dítě hodnotí každé 4 hodiny. Pokud má dítě 8 bodů a více, tak se doporučuje provádět hodnocení každé 2 hodiny. Pokud po třech sobě jdoucích hodnoceních má dítě 8 a více bodů, stanovíme diagnózu neonatálního abstinčního syndromu. (Vavříková, Binder, 2007, s. 10) Drobná a Čihař uvádí tabulku Finneganové, ve které jsou popisovány výsledky součtu bodů z skórovacího systému Finneganové. Pokud vyhodnotíme příznaky dítěte od 1 do 7 bodů, pak je doporučeno sledování dítěte, pokud vyhodnotíme dítě 8 až 12 body, tak je potřebné zahájení farmakologické léčby a pokud vyhodnotíme dítě 13 a více body, pak je potřebná farmakologická léčba a monitorování vitálních funkcí dítěte. (Drobná, Čihař, s. 45)

ZÁVĚR

Tato přehledová bakalářská práce byla zaměřena na problematiku užívání návykových látek v těhotenství. Zábývá se postojem matek k jejich těhotenství a mateřství.

Prvním cílem bylo shromáždit poznatky o problematice drogově závislých matek a jejich postoji k těhotenství a mateřství. Drogová závislost u gravidních žen je nejrizikovější, protože nezahrnuje jen zdraví matky, ale i jejího dítěte. (Trávníčková, 2003, s. 20) Ženy užívající psychotropní látky mívají menší odpovědnost za své zdraví, co se týče rizika přenosu sexuálněpřenosných chorob, tak i nechtěného těhotenství. (Vavříková, 2011, s. 56-59) Charakteristickými znaky těchto žen je mladší věk, nízké vzdělání, nízký socioekonomický status a většinou bez partnerského zázemí. (Vavříková, Binder, 2007, s. 248) Postoj ke svému těhotenství mají špatný, nedbají na zásady správné hygiény, bývají podvyživené, protože všechny své peníze utratí za drogu a na stravu jim nezbydou finance. (Binder, Vavříková, 2006, s. 16) Dalším problémem spojeným s užíváním drog je rizikové sexuální chování a přenos pohlavních a infekčních chorob. Životní styl těchto žen je chaotický, neuspořádaný a prenatální péči odsouvají do pozadí, z čehož vyplývá, že prenatální péče je u nich nedostatečná. (Vavříková, Binder, 2007, s. 1-12)

Druhým cílem bylo předložit dohledané poznatky o rizicích užívání návykových látek v těhotenství. Závislost na nikotinu je závažný zdravotnický problém na celém světě. Dle WHO je asi jedna třetina dospělé populace závislá na nikotinu a současně se zvyšuje závislosti na nikotinu u mladších ročníků. Závislost na tabáku je chronické stupňující se onemocnění a může vygradovat až doletální fáze. Uvádí se, že až polovina kuřáků v České Republice má o 15 let kratší život než u nekuřáků. (Kastnerová, Žížková, 2008, s. 191) Karcinogenost je způsobena díky 1200 různých chemických látek, které kouř obsahuje. Nikotin je návyková látka a mohou se objevit abstinenční příznaky, jak u matky, tak u dítěte. U dítěte se pak onemocnění nazývá neonatální abstinenční syndrom. Další rizika, která závislost na nikotinu nese je snížená reprodukce, neboť ovlivňuje plodnost a pracovníci v oblasti asistované reprodukce poukazují na negativní vliv kouření a následným otěhotněním, příčinu uvádí selhávání endometria. U mužů ovlivňuje kouření cigaret kvalitu semene. (Nechanská a kol., 2012, s. 458) U těhotných kuřaček je vyšší riziko

kardiovaskuárního a respiračního onemocnění. Těhotné kuřačky mají až o 4,6 krát vyšší riziko vzniku infarktu myokardu, 2 krát častější vznik mozkové mrtvice, o 30% častější výskyt trombózy a 1,5 krát častěji se u nich vyskytuje embolie do plic. Astma bronchiale a bronchitidy se u kuřaček vyskytují až 3 krát častěji než u nekuřaček. (Hrubá, 2011, s. 35) V těhotenství pak závislost na nikotinu způsobuje vyšší výskyt momoděložního těhotenství, ruptury plodových blan, abrupce placenty, placenta praevia, předčasných porodů a potratů. (Hrubá, 2011, s. 35) Komplikace u plodu jsou hypoxie, hyponutrie, nižší porodní hmotnost, poruchy plicní funkce, vrozené vývojové vady, maligní nádory, poruchy chování, obezita, vyšší kazivost zubů, oddálení první menstruace u dívek a u chlapců možnou dysfunkci v reprodukci.

Alkohol ovlivňuje fungování ženy, její zdravotní stav a společenské uplatnění. U závislých žen na alkoholu dochází v častých případech k rozpadu rodiny. Alkohol má vážné následky na zdraví ženy, dochází k častějšímu onemocnění nebo úmrtí. V mladším věku je alkoholová závislost spojená s kriminalitou a násilím. (Schmidtová, 2011, s. 27) Užívání alkoholu u žen se zvýšilo ve 20. století, kdy se ženy začaly osamostatňovat, opouštět rodiny a dosavadní společenské role. (Pecinová, 2013, s. 26) U těhotných žen je velmi těžké zjistit alkoholovou závislost, neboť většina z nich konzumují alkohol tajně. Nebývá výjimkou, že se u nic drogová závislost zjistí až po porodu. Matky, které alkohol konzumují během těhotenství, mívají v anamnéze sexuální zneužívání, týrání, ztrátu rodiče nebo nadměrné vystavení stresu. (Schmidtová, 2011, s. 27) I malá dávka alkoholu je pro plod škodlivá, protože koncentrace alkoholu v krvi matky je stejná jako u plodu. Játra plodu však nestačí alkohol tak rychle odbourávat a tak dochází k tomu, že 2-3 hodiny po požití alkoholu matkou je v krvi plodu dokonce vyšší koncentrace alkoholu než v krvi matky. (Sedláčková, Žížková, 2007, s. 73) Nejčastěji je dítě postiženo vrozenou alkoholovou poruchou, z nichž nejzávažnější je fetální alkoholový syndrom.

SHRnutí TEORETICKÝCH POZNATKŮ

Celosvětově vzrůstá počet gravidních žen, které jsou závislé na návykových látkách. Postoj těchto žen k těhotenství a mateřství je většinou nezodpovědný, neboť upřednostňují vlastní potřeby nad zdravím jejich dítěte. Nejdůležitější je pro ně sehnání drogy za každou cenu a to na úkor hygieny, dostatečné výživy, prohlídek u lékaře a rizika nákazy pohlavních a infekčních chorob. Většinou k porodu přicházejí bez kontrolních lékařských prohlídek, vyšetření a testů. Nikotin a Alkohol jsou sice společensky tolerované drogy, ale i ty mají mnoho zdravotních rizik a komplikací, ať už v reprodukčním období, v průběhu těhotenství nebo u jejich dítěte.

VYUŽITÍ PRO PRAXI

Poznatky o problematice drogově závislých žen, mají významné využití v teorii i praxi porodní asistentky. Ve společnosti stále více přibývá drogově závislých gravidních žen a porodní asistentky s nimi přicházejí stále častěji do kontaktu, proto by se o této problematice mělo více informovat, jak laickou, tak odbornou veřejnost. Porodní asistentka by měla být schopná pracovat s drogově závislou ženou. Měla by ženu dobře edukovat o rizicích spojených s užíváním návykových látek, jak pro ni, tak pro její dítě. Dále by ženě měla poskytnout odborné rady týkající se porodnictví, substituční léčby, ale také informace o sociální péči a možných službách, které žena může využít.

REFERENČNÍ SEZNAM

BINDER, T. a VAVŘINKOVÁ, B. Drogy v těhotenství. *Neonatologické listy*. 2006a, 12(2), 15-20. ISSN 1211-1600.

BINDER, T. a VAVŘINKOVÁ, B. 2006b. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-829-8.

DROBNÁ, H. a ČIHAŘ, M. Dieta drogově závislé matky – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2010, 75(1), 44-47. ISSN 1210-7832.

FENDRYCHOVÁ, J. Syndrom náhlého úmrtí kojence – doporučení Americké akademie pediatriů pro snížení incidence. *Florence*. 2006, 2(6), 27. ISSN 1801-464.

FIŠÁRKOVÁ, B. a TKACZYK, J. Novorozenec drogově závislé matky - zásady postnatální péče. *Neonatologické listy*. 2008, 14(2), 11-14. ISSN 1211-1600.

HACKSHAW, A., RODECK, CH. and BONIFACE, S. 2011, Maternal smoking in pregnancy and birth defects. *Human Reproduction Update*. Vol. 17, No. 5 pp. 589-604. ISSN neuvedeno.

HAYES, N. Základy sociální psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-763-9.

HRONEK, M. a URBANOVÁ, Š. Kouření v těhotenství. *Gynekolog*. 2005, 14(2), 75-80. ISSN 1210-1133.

HRUBÁ, D. Kouření je největší preventabilní riziko poruch reprodukce. *Praktická gynekologie*. 2001, 5(2), 35-37. ISSN 1211-6645.

HRUBÁ, D. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*. 2011, 15(1), 34-39. ISSN 1211-6645.

CHRÁSKOVÁ, J. a VRÁNOVÁ, V. 2013. Vliv drogové závislosti matky na péči o novorozence. In: SIKOROVÁ, L. a BUŽGOVÁ, R. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, s. 33-38. ISBN 978-80-7464-264-7.

KASTNEROVÁ, M. a ŽIŽKOVÁ, B. 2008. Farmakologická léčba těhotných žen závislých na tabáku. In: VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. a kol. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. 190-195. ISBN 978-80-7387-095-9.

KREJČÍ, V. a SRP, B. 2014. Porodnické vyšetření a prenatální péče. In: HÁJEK, Z., ČECH, E. a MARŠÁL, K. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 73-98. ISBN 978-80-247-4529-9.

NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V., SOPKO, B. a VELEBIL, P. Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. *Česká gynekologie*. 2012, 77(5), 457-469. ISSN 1210-7832.

NEŠPOR, K. a SCHEANSOVÁ, A. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Časopis lékařů českých*. 2011, 150(6), 339-343. ISSN 0008-7335.

NOVOTNÝ, J. S. a NOVOTNÝ, Z. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Československá pediatrie*. 2009, 64(5), 251-256. ISSN 0069-2328.

OKEN, E., LEVITAN, EB. and GILLMAN, MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta – analysis. *NIH Public Access*. 2008, 32(2), 201-210. Doi: 10.1038/sj.ijo.0803760.

PAUL, K. Syndrom náhlého úmrtí kojence. *Vox paediatricae*. 2006, 6(5), 23-24. ISSN 1213-2241.

PECINOVSKÁ, O. Léčba závislosti na alkoholu a její specifika u žen. *Revue České lékařské akademie*. 2013, 9, 25-28. ISSN 1214-8881.

PRESLOVÁ, I. Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. *Adiktologie*. 2007, 7(3), 386-391. ISSN 1213-3841.

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

SEEMANOVÁ, E. Fetální alkoholový syndrom. *Revue České lékařské akademie*. 2013, 9, 23-24. ISSN 1214-8881.

SCHMIDTOVÁ, J. Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. *Lékařské listy*. 2011, 60(9), 27-29. ISSN nevedeno.

SCHMIDTOVÁ, J. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FADS). *Adiktologie*. 2007, 7(3), 353-364. ISSN 1213-3841.

STARÁ, V. a kol. Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatrie pro praxi*. 2009, 10(6), 382-384. ISSN 1312-0494.

TRÁVNÍČKOVÁ, I. Drogy v těhotenství. *Bulletin*. 2003, 4, 20-24. ISSN 1211-8834.

UNGER, A., MATZ, V. and FISCHER, G. Opioid Dependent and Pregnant: What Are the Best Options for Mothers and Neonates? *Obstetrics and Gynecology International*. 2012, č. Nevedeno, s. 1-6. ISSN 1687-9597.

VAVŘÍKOVÁ, B. a BINDER, T. 2008. Drogová závislost v těhotenství – problematika prenatální péče a porodu. In: VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. a kol. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. 200-207. ISBN 978-80-7387-095-9.

VAVŘÍKOVÁ, B. Prenatální péče o drogově závislé a jiné sociálně problémové skupiny. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, 12(2), 345-350. ISSN 1211-1058.

VAVŘÍKOVÁ, B. a BINDER, T. Socioekonomická data, průběh těhotenství a porodu u žen závislých na opioidech a na substituční terapii. *Česká gynekologie*. 2007, 72(5), 330-335. ISSN 1210-1133.

VAVŘÍKOVÁ, B. Vede užívání psychotropních látek k rizikovému sexuálnímu chování? *Česká gynekologie*. 2011, 76(1), 56-59. ISSN 1210-7832.

VAVŘÍKOVÁ, B. a BINDER, T. Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*. 2007, 5(4), 1-12. ISSN 1214-1009.

VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. a kol. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

WACHMAN, EM. and SCHIFF, DM. Bringing attention to a need for a standardized treatment and weaning protocol for neonatal abstinence syndrome. *Translational Pediatrics*. 2016, 5(1), 12-15. Doi:10.3978/j. ISSN 2224-4336.

WOJTYLA, A. et al. Alcohol – related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2012, vol. 19, no. 3, s. 365-377. ISSN 1898-2263.

SEZNAM ZKRATEK

WHO	World Health Organization neboli světová zdravotnická organizace.
CNS	Centrální nervová soustava.
HIV	Human Immunodeficiency Virus neboli virus lidské imunitní nedostatečnosti.
HbsAg	Hepatitida typu B.
OGTT	Orální glukózový toleranční test.
BWR	Vyšetření na syfilis.
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder neboli hyperaktivita s poruchou osobnosti.
SIDS	Sudden infant death syndrome neboli syndrom náhlého úmrtí kojence.
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorders neboli vrozené alkoholové poruchy.
FAS	Fetal alcohol syndrome neboli fetální alkoholový syndrom.
FAE	Fetal alcoholic effect/ partial FAS neboli částečný FAS.
ARBD	Alcohol related birth defects neboli s alkoholem spojené somatické poruchy.
ARND	Alcohol related neurodevelopmental disorders neboli s alkoholem spojené poruchy CNS u novorozence.
NAS	Neonatální (novorozenecký) abstinenční syndrom.