

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Adéla Šebestová

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika

PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

U RODIN OHROŽENÝCH DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

OLOMOUC 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Psychosociální prevence u rodin ohrožených drogovou závislostí“ vypracovala samostatně pod dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci 5.12.2013

.....

Děkuji Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph. D. za trpělivost, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Adéla Šebestová

Obsah

ÚVOD.....	8
1 DROGA	9
1.1 POJEM DROGA	9
1.2 DĚLENÍ DROG	9
1.3 HISTORIE DROG.....	10
2 ZÁVISLOST	11
2.1 POJEM ZÁVISLOST	11
2.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI	12
2.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI	14
3 PREVENCE	16
3.1 POJEM PREVENCE	16
3.2 EFEKTIVNÍ PREVENCE	16
3.3 PROGRAM PREVENCE	17
4 RODINA A DROGY.....	17
4.1 DÍTĚ A DROGA.....	17
4.1.1 DESATERO RODIČŮM	17
4.1.2 ZDRAVÁ RODINNÁ PRAVIDLA	18
4.1.3 ZÍSKÁNÍ DŮVERY.....	18
4.1.4 NEŽ ZAČNETE S DÍTĚTEM MLUVIT O DROGÁCH	19
4.1.5 POMOC PRO RODIČE.....	19
4.1.6 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ POD VLIVEM DROGY	19
4.1.7 PSEUDOINDIVIDUACE	20
4.1.8 RIZIKA	20
4.1.8.1 RIZIKOVÉ ZNAKY	20
4.1.8.2	21
4.1.9 PRVNÍ POMOC PŘI OTRAVĚ NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI	22
4.1.10 KAZUISTIKA Č. 1.....	23
4.1.11 KAZUISTIKA Č. 2.....	23
4.2 RODIČE UŽÍVAJÍCÍ DROGY	23
4.2.1 RIZIKA PRO DĚTI	23
4.2.2 SPECIFIKA PŮSOBNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U ŽEN.....	24

5 ÚČINKY DROG NA LIDSKÝ ORGANISMUS	24
5.1. VSTUP LÁTKY DO ORGANISMU	25
5.2. DISTRIBUCE LÁTKY V ORGANISMU	27
5.3. VYLUČOVÁNÍ A ODBOURÁVÁNÍ LÁTEK V ORGANISMU	27
6 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ.....	28
6.1 INTRAVENÓZNÍ APLIKACE	28
6.2 SPECIFIKA PRENATÁLNÍ PÉČE	30
6.3 POROD.....	31
6.4 VLIV JEDNOTLIVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK NA TĚHOTENSTVÍ, PLOD A NOVOROZENCE	32
6.4.1 OPIOIDY	32
6.4.2 STIMULAČNÍ DROGY	34
6.4.3 KANABINOIDY – KONOPÍ.....	36
6.4.4 HALUCINOGENY	36
6.4.5 TĚKAVÉ LÁTKY	36
6.4.6 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE	36
6.4.6.1 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE A KOJENCE A JEHO LÉČBA	37
6.4.7 KOUŘENÍ.....	38
6.4.7.1 FETÁLNÍ TABÁKOVÝ SYNDROM.....	39
6.4.8 ALKOHOL	39
6.4.8.1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM	40
6.4.9 KOFEIN	44
6.5 KAZUISTIKA Č. 3.....	44
7 INTERVENCE A LÉČBA.....	44
7.1 INTERVENCE	44
7.1.1 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	44
7.1.2 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY.....	45
7.1.3 POSILOVÁNÍ KOMUNITNÍCH VAZEB.....	45
7.1.4 CONTINGENCY MANAGEMENT.....	45
7.1.5 CUE EXPOSURE THERAPY	46
7.1.6 PSYCHODINAMICKÉ A INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE	46
7.1.7 PORADENSTVÍ	46
7.1.8 SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ	47
7.1.9 PROGRAM DVANÁCTI KROKŮ A DALŠÍ SVĚPOMOCNÉ INTERVENCE	47
7.1.10 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY A DALŠÍ TYPY POBYTOVÉ LÉČBY	47

7.1.11 DALŠÍ SKUPINOVÉ A RODINNÉ TERAPIE.....	47
7.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI	47
7.2.1 AMBULANTNÍ PÉČE	47
7.2.2 DETOXIKACE A DETOXIFIKACE.....	47
7.2.3 STŘEDNĚDOBÁ LÉČBA	48
7.2.4 RESOCIALIZOVANÁ LÉČBA.....	48
7.3 „HARM REDUCTION“	48
ZÁVĚR.....	49
POUŽITÉ ZDROJE	50

ÚVOD

Iniciace pro vypracování mé bakalářské práce mě napadla při sledování filmu „Katka“, který je o dívce užívající heroin a v rozšířené verzi je i hlavní aktérka filmu těhotná. Během filmu si pravidelně aplikuje heroin přímo do břicha. Při této situaci mě napadlo, jak tohle dítě může být ve svém životě heroinem, který pasivně užívá poznamenané?

Další situace utvrzující mé téma byla při stáži v K-centru v Přerově, kde jsem pravidelně po uplynutí praxe docházela tři měsíce. Mezi klientkami byla i žena, která během užívání pervitinu byla neplánovaně těhotná. O dítěti ani nechtěla mluvit, mysleli jsme si, že dítě někde zanechá bez lékařské pomoci a dítě umře. Věděli jsme, že kvůli dítěti s pervitinem nepřestane, ale snažili jsme se ji pomáhat alespoň v tom, že jsme ji sháněli oblečení, bydlení, pravidelně ji informovali a pozitivně motivovali. Postupem času začala mít o dítě zájem, ale závislost na droze byla mnohem silnější. Po celou dobu těhotenství užívala pervitin, nedodržovala stravovací návyky a kouřila.

A právě mě napadly otázky, může být dítě v tomto případě poznamenané? Může se v průběhu života zdravotní stav tohoto dítěte zlepšit? Je možné i při užívání drog poškození plodu předcházet nebo alespoň zmírnit?

Užívání drog těhotnými ženami je v naší společnosti stále aktuální. Dle mého názoru problematika důsledků těhotných matek užívajících drogy není řešena na takové úrovni, jak by byla potřeba.

K tématu těhotenství je potřeba zmínit i prevenci, léčbu a intervenci a drogy v rodině.

1 DROGA

1.1 POJEM DROGA

Droga je chemická nebo přírodní látka způsobující změnu duševního stavu u člověka. Ovlivňuje jeho myšlení, jednání i citění. Nešpor (1994)

„Droga je jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, uctívaná samostatně nebo jako přísada.“ Ganeri (2001, s. 5)

Drogy jsou chemické atomy vázané do formy molekul, přírodní extrahované z rostlin, živočichů nebo mikroorganismů. Iversen (2006)

Pojem „droga“ pochází z arabského slova „durana“, což znamená léčivo. Droga je syntetická nebo přírodní látka, která působí na člověka psychotropním účinkem ovlivňující prožívání od reality, působí na psychiku nebo může vyvolat závislost. Kubánek (2010)

1.2 DĚLENÍ DROG

DLE POSTOJE SPOLEČNOSTI: LEGÁLNÍ - NELEGÁLNÍ

Legální drogy, které nás obklopují na každém kroku, jsou v naší společnosti tolerované. Do legálních drog patří volně prodejné léky a léky na předpis, alkohol, tabák a mezi běžné. Drogy, které neuvádíme jako drogy, ale může se na nich vytvořit závislost je káva i čaj.

Nelegální drogy jsou tzv. „mimo zákon“ a společností nejsou tolerovány. Při prodeji nebo předávání se dostáváme ke střetu se zákonem. Dělíme je do skupin halucinogenní látky, povzbuzující látky, tlumivé látky.

DLE SÍLY DROG: TVRDÉ – MĚKKÉ

Měkké drogy jsou považovány za bezpečnější drogy. U měkkých drog nehrozí tak velké riziko závislosti. Do měkkých drog řadíme tabák, konopné drogy a extázi.

Na tvrdé drogy již může vzniknout závislost a často se aplikují nitrožilně. Mezi tvrdé drogy uvádíme heroin, pervitin, kokain. Ladecký (2013)

DLE RIZIKA ZÁVISLOSTI: S MÍRNÝM RIZIKEM – S VYSOKÝM RIZIKEM

Mírné riziko drog uvádíme takové riziko, které je pro společnost i pro uživatele nízké, a proto bývají společností do jisté míry akceptovány.

Mezi drogy s mírným rizikem řadíme kofein nebo marihuanu.

U drog s vysokým rizikem je velké riziko vzniku závislosti a riziko komplikací v poměru s tím, co uživatel od drogy „získá“.

DLE PŮSOBNÍ NA PSYCHIKU: TLUMIVÉ – POVZBUZUJÍCÍ – HALUCINOGENNÍ

Tlumivé látky způsobují zklidnění, uvolnění, zpomalení reakcí, pasivitu, ospalost až spánek. U těchto drog velmi rychle vzniká fyzická závislost. V případě, že droga není podána, vzniká abstinenční syndrom a to u heroínu, morfinu, alkoholu, anxiolytik, hypnotik.

Povzbuzující látky stimulují centrální nervovou soustavu, mizí únava, mizí potřeba spánku a jídla, zvyšuje se výkon i aktivita a dostavuje se pocit fyzické a duševní síly až euforie. Je velmi nebezpečná v tom, že na ni vzniká výrazná psychická závislost a to u drog kokain, pervitin, kofein, nikotin.

Halucinogenní látky mění kvalitu psychiky, vědomí, intenzitu a hloubku prožívání. Způsobují zdravé a sluchové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání barev a prostoru. Velkým nebezpečím u těchto drog je nepředvídatelnost jejich působení a to u LSD, lysohlávek, konopných drog. Ladecký (2013)

1.3 HISTORIE DROG

Kubánek (2010) uvádí, že již od dávných časů se „drogy“ užívaly k léčebným a duchovním účelům. Používaly se i pro radost, povzbuzení i útěchu. Z historie je i popsáno mnoho případů konzumace drog u živočichů, zejména alkohol.

V západní Africe se před běžeckými zápasy konzumovaly plody koly pravé, koly špičaté a listy keře Kath, které obsahují katin s podobným účinkem jako alkohol. Indiáni z Jižní Ameriky žvýkali a i do dnes žvýkají listy z keře koka k zahánění pocitu hladu, při bolesti a povzbuzení organismu. V incké říši byly listy s keře koka standardním doplňkem při stravě pro posly a vojáky. Staří Řekové v 16. St. N. l. při sportovních hrách pojídali v Thébách halucinogenní houby a gladiátoři se posilňovali alkoholem.

V České říši již stará pověst praví, že Kazi, jedna z Krokových dcer znala léčivou moc bylin, Teta ovládala rituály a magii, Libuše věštila. V souvislosti s těmito uměními existovalo spojení s omamnými látkami. Nyní jsou i důkazy o zákazech knížete Břetislava, ve kterých se mluví o vyhánění kouzelníků a čarodějnic z české země. I omamné látky používali již předkové při práci na poli, když potřebovali, aby jejich děti spaly – dávali jim do úst váčky s nezralými semeny namočené v mléce. V 15. a 16. století jsou dochovány o přípravách mastí a čarodějnických nápojů, kde se nepoužívaly klasické „drogy“, ale jedy z různých rostlin. Od roku 1570 se v Evropě začíná pěstovat tabák.

2 ZÁVISLOST

2.1 POJEM ZÁVISLOST

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

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí závislost popisuje: *„Je to skupina fyziologických, behavioritních a kognitivních jevů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“*

Závislost znamená celkovou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad vlastním životem. Marádová (2006, s. 7)

Diagnostická kritéria podle 10. revize MKN uvádí tyto typy závislostí:

- F10. poruchy vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. poruchy vyvolané požíváním opioidů,
- F12. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. Poruchy vyvolané požíváním sedativ a hypnotik,
- F14. Poruchy vyvolané požíváním kokainu,
- F15. Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu),
- F16. Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů,
- F17. Poruchy vyvolané užíváním tabáku,

- *F18. Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel,*
- *F19. Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek“*

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování)
2. odvykací příznaky pro vysazení látky
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky. Americká psychiatrická asociace (DSM-IV)

2.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI

Nešpor (2007) uvádí znaky závislosti takto:

1. Silná touha užívat látku (bažení, craving)

Bažení je definováno jako pociťování účinků psychoaktivních látek, s níž měla osoba dříve zkušenost. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku nebo po něm, psychické bažení se objevuje i po delší abstinenci.

2. Zhoršené sebeovládání

3. Tělesný odvykací stav

4. Růst tolerance

Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba stejných i vyšších dávek, protože stejné dávky mají nižší účinek.

5. Zanedbávání jiných zájmů

Zanedbávání jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky či zotavení se z jiného účinku. Souvislost zanedbávání a bažení je spojena se zhoršeným sebeovládáním ve vztahu k látce a existuje i souvislost s obtížemi při pokusech o redukci a vysazení látky.

6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Aby byl tento znak platný, musí být uživatel o škodlivých následcích informován.

Göhlert (2001) přidává vnější znaky:

Existuje spousta nejrůznějších znaků, kterým rodina v prvopočátku nevěnuje pozornost. Avšak je závislý může projevovat, ale nemusí.

Mezi vnější znaky patří:

- Nesoustředěnost, neschopnost naslouchat
- Bledý vzhled
- Úbytek financí
- Zanedbaný vzhled
- Změna přátel
- Úbytek zájmu o aktivity
- Změna denního rytmu – ve dne unavený, v noci aktivní
- Omezený výkon ve škole, špatné známky
- Kolísání nálad

2.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Před dvaceti lety byl kladen důraz na závislost biologickou a farmakologickou, kde poznání by mělo přispět k léčbě a i prevenci závislosti. V posledních letech dochází k pokroku ve zdokonalování experimentů drogové závislosti na zvířatech. Drogová závislost je bio-psycho-sociální onemocnění s jednotlivými vzájemně integrujícími a doplňujícími faktory. K závislosti dojde tehdy, pokud se jedinec setká s nutkáním opakovaně užívat drogu. K této situaci dochází v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují. Znalost mechanismů vedoucí k braní drog je dosud nedostatečná, poznatky jsou ale nyní používána v léčbě toxikomanie nebo při zmírnění příznaků při předávkování nebo z důvodu odnětí drogy. Mezi příčinami vzniku závislosti řadíme do třech skupin – prostředí, člověk, droga.

Prostředí

Důležité je otázka dostupnosti drogy – distribuce a cena drog v okolí jedince. Dalším faktorem je pohled společnosti na užívání drog. Snadno dostupné legální drogy jsou často užívány je i počet u 8-10%, u osob užívající tabák 30%. Snadná dostupnost těkavých látek je často hlavním důvodem u finančně slabých i mladých uživatelů, i když užívání těchto látek má závažné a nevratné důsledky na orgánech, například játra a ledviny. Užívání těkavých látek vede k smrti, třeba již při prvním užití.

Mezi situace a sociální faktory umožňující usnadnění vzniku drogové závislosti patří fetující party, osamělost, nedostatek láskyplné péče u rodičů dětem, rozvrácené rodiny, málo využití volného času, kriminální subkultura, dále vznik závislosti způsobuje chronický stres. Uživatel drog i reaguje na známé prostředí, prostředí spojené s aplikací drogy, kdy jedinec již neužívající návykovou látku vybaví si vzpomínky a stav po požití látky. „Prostředím“ můžeme začlenit: místnost, injekční stříkačka, kamarád, určitá hudba, kdy tohle prostředí působí jako podmíněný externí posilovač závislosti.

Droga

Droga je základním činitelem pro vznik toxikomanie. Touha po droze se projevuje zejména u citlivých jedinců vedoucí k užívání drogy založené na schopnostech drogy:

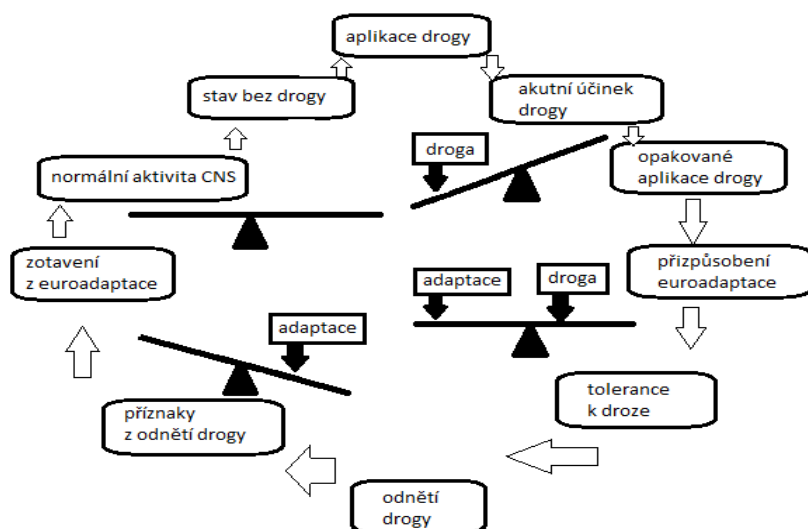
1. Vyvolávající silný psychický účinek – zážitek
2. Vyvolávající následné nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace

Člověk

Při výzkumu drogové závislosti byly prokázány určité znaky genetických a osobnostních predispozic k závislostem různého typu. U těchto drog se objevují znaky například zvědavost, zvidavost, vyhledávání nových zážitků, experimentace, chuť riskovat. Tyto osoby vyhledávají senzaci nebo nové prožitky, rádi cestují, věnují se umění či hudbě, v sociální oblasti se rádi seznamují s novými lidmi, často mění sexuální partnery, pořádají večírky, hrají hazardní hry. Časté případy poukazují, že závislé osoby může zaměnit drogu za intenzivní činnost, kreativní práci a tato aktivita je nahrazena za drogu. Aktivita je pro něj uspokojivá a drogu již nepotřebuje. Droga je pouze jiná cesta vedoucí ke zvýšení hyperaktivity. Vavřínková (2006) Göhlert (2001)

Špaleková (2011) k těmto příčinám doplňuje:

- A. Únik před psychickými problémy až depresemi, kdy člověk se dostává do situace, ze které neví, jak se dostat ven. Ne každý si v počátku uvědomí, jaké problémy v této volbě nastanou. Deprese se projevují ztrátou zájmů, vyhýbání společnosti a přátel, projevy bezmoci, mohou vést až k sebevražedným sklonům.
- B. Touha po euforii, kdy jedinec touží zažít stav příjemných pocitů a bezproblémovost. V tomto případě jedinci touží po svobodě, po opakování se opět z tohoto důvodu ke droze vrací.
- C. Biologický předpoklad, kdy 50% léčených uvádí, že v rodině se vyskytuje alespoň jeden závislý.



Obrázek č. 1 – Mechanismus účinku drog a vzniku závislosti. Kalina (2003)

3 PREVENCE

3.1 POJEM PREVENCE

Slovo „prevence“ je latinského původu, přeloženo jako opatřené učinění předem se včasnou obranou a ochranou. Ke konci 50. let byla prevence rozdělena na primární a sekundární.

Hlavním cílem prevence **primární** je předcházení nemoci již před kontaktem s návykovou látkou.

Sekundární prevence probíhá až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození.

Od 60. let se připojila i prevence **terciální**. Ta má za úkol předcházet dalším škodám již při léčbě závislosti.

Severoamerická odborná literatura rozlišuje tyto další druhy:

1. Prevence – ta se dělí na další podskupiny
 - A. Všeobecná prevence – určena pro celou populaci
 - B. Selektivní prevence – cílová populace této prevence jsou děti nebo dospívající se zvýšeným rizikem kontaktu s návykovými látkami, drogy však neužívají
 - C. Indikovaná prevence – cílovou skupinou jsou děti a dospívající, u nichž není možná diagnostika užívání látky, ale vykazují varovné znaky
 2. Léčba – je určena uživatelů návykových látek
 3. Udržování stavu a prevence recidiv
- Nešpor (1999)

3.2 EFEKTIVNÍ PREVENCE

- Předcházení užívání návykových látek
- Vzdálit setkávání s návykovými látkami

- Minimalizovat experimentaci s návykovými látkami a předejít zdravotním problémům a komplikacím
(Ringwalt et A al., 1991)

3.3 PROGRAM PREVENCE

U prevence užívání látek odpovídá pravidlo, že čím je nižší věk u dítěte, tím je program prevence směřován k ochraně zdraví. Pro starší děti se program zaměřuje na konkrétní návykové látky.

Součástí preventivního programu je prevence nelegálních i legálních návykových látek a to proto, že užívání legálních látek zvyšuje riziko přechodu k nelegálním látkám a vysoký nárůst užívání legálních návykových látek v dospívání.

V těchto programech se účastníci programu aktivně zapojují do aktivit, prožívají konkrétní situace, jako například odmítání drogy, odolávání tlaku party, zvyšování sebevědomí, sebeovládání, rozhodování o sebe sama ve spojení s kontaktem s návykovou látkou.

(DuPont, 1989)

4 RODINA A DROGY

„Výchova má být spíše pevná než příliš tvrdá nebo příliš měkká“ František Koukolík

Vychovávat dítě není vůbec jednoduché a univerzální způsob neexistuje. Proto je zde k dispozici pár rad jak předejít vniku závislosti v rodině nebo jak pomoci rodinnému příslušníkovi v problému s návykovou látkou.

4.1 DÍTĚ A DROGA

4.1.1 DESATERO RODIČŮM dle Ptáčkové :

1. *Dítě, které je nadměrně kritizováno se naučí odsuzovat.*
2. *Dítě, které je bito, se naučí prát.*
3. *Dítě, které je vystavěno posměchu, se začne stydět.*
4. *Dítě, které je ponižováno, ztrácí sebedůvěru.*
5. *Dítě, které se setkává s tolerancí, se snáze naučí trpělivosti.*

6. *Dítě, které je chváleno, získá sebedůvěru.*
7. *Dítě, s nímž se hraje rovná hra, se naučí spravedlnosti.*
8. *Dítě, které je obklopeno přátelstvím, se naučí laskavosti.*
9. *Dítě, které prožívá pocit bezpečí, se naučí důvěřovat.*
10. *Dítě, které je milováno, je schopno lásky*

4.1.2 ZDRAVÁ RODINNÁ PRAVIDLA

1. Žádný alkohol nebo drogy do 18 let.
Alkohol, kouření a drogy do doby, než je dítě dospělé je mnohem více ohroženo než dospělý.
2. Určení důsledků při porušení pravidel
3. Neústupnost vůči vydírání
4. Právo kontroly
5. Informovanost o problematice
Nešpor, Csémy (1994)

Nešpor později přidává další pravidla:

1. Najít dítěti výplň času, zájmy, které jej budou bavit
2. Naučit dítě odmítat jakékoli drogy a alkohol
3. Spolupráce v širší rodice (Nešpor a Csémy, 2003)
4. Posilování sebevědomí dítěte, chválit jej
5. Posilování hodnot a cílů
Nešpor, Scheansová (2009)

4.1.3 ZÍSKÁNÍ DŮVERY

V okamžiku, kdy vám dítě začne o něčem vyprávět, odložte všechny činnosti a začněte jej poslouchat.

Dítě s vámi nekomunikuje pouze verbálně, ale i mimikou, gesty, výrazem tváře, držením těla a tónem hlasu. Zkuste tyhle věci vnímat a porovnávat s verbálními. Zda jde o jednotnou věc, či říká něco a vy vidíte úplně něco jiného. Často se pod slovním spojením

„mě nic není“ něco skrývá. Například samota, trápení a podobně. I vy můžete s dítětem komunikovat neverbálně, například úsměv mnohé značí, objetí nebo poplácání po zádech jako pochvala a ocenění.

Často dítě povzbuzujte k tomu, aby si s vámi povídalo a neodpovídejte slovy „hm“ nebo „aha“. Příliš se nevyptávejte, ale raději naslouchejte a snažte se dítěti porozumět. Dávejte si pozor na tón hlasu.

Na dítě si udělejte každý den alespoň chvíli čas, kdy se budete věnovat pouze jemu.

Snažte se dítěti co nejméně lhát. Raději řekněte „nevím“, při chybě se omluvte. Tím velice posílíte vztah. Nešpor (1994)

4.1.4 NEŽ ZAČNETE S DÍTĚTEM MLUVIT O DROGÁCH

Na tohle téma si vymezte dobu, kdy je váš vztah přátelský a uvolněný. Na tuto chvíli, kdy s dítětem chcete mluvit o drogách, nastudujte si nějaké informace

4.1.5 POMOC PRO RODIČE

- neobviňovat se, zaměřit se na problém konstruktivně
- vyhledat pomoc u odborníků a to, co nejdříve, pomůže i pomoc školy, širší rodiny
- nepomáhat dítěti v okamžiku nesnází, ale až při léčbě, je důležité určit konkrétní kroky a podle nich se řídit
- dávat si pozor na cenné věci
- dle zákona o rodině 94/1963 rodiče nemohou dítě v jeho chování nechat volný průběh chování v závislosti s návykovou látkou, pokud nechtějí riskovat vlastní problémy
- nenechat se vydírat
- pokud je dítě pod vlivem drogy nediskutujte s ním
- najděte si někoho, kdo má stejný problém

(Illnes, 2002)

4.1.6 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ POD VLIVEM DROGY

Dítě pokud je předávkované drogou může tato situace vůči vám i záměrná nebo provokující

Pozor na úrazy, úraz hlavy může způsobit krvácení a ohrozit život dítěte

Vyhrožování sebevraždou nemusí být vždy pravdivé, je ale těžké jej odlišit. Při těchto výhrůžkách raději volejte záchrannou službu.

Vliv drogy na tělo vašeho dítěte může způsobovat nesmyslné až ohrožující situace. Obrat' se na lékaře, psychiatra nebo na zařízení pro léčbu závislostí.

4.1.7 PSEUDOINDIVIDUACE

Pseudoindividuaci neboli zdánlivou samostatnost poprvé použil a popsal psychoterapeut J. Haley, jde o stav dítěte v období dospívání, kdy převažuje období samostatnosti a dítě odmítá názory druhých, zejména rodičů a tím se prohlubuje závislost k droze.

Na osamostatnění nebývá připraven ani sám dospívající, ani jeho rodiče. Není schopen si najít bydlení, práci, vyřizování s úřady a podobně. V situaci, kdy dospívající užívá drogy, je upřednostňuje začlenění zpět do rodiny, kde zná pravidla, prostředí a podmínky porušení pravidel. Když už dítě se vrátí zpět do domova k rodičům, běli by si rodiče na dospívajícího udělat více času, měli byste znát jeho denní program a výplň času. Důležité je, držet dítě od party, kde se stýkal s drogou.

Nešpor (2009)

4.1.8 RIZIKA

4.1.8.1 RIZIKOVÉ ZNAKY

Fyziologické znaky:

Opilost v obličeji

Kleslá víčka a červené oči

Cukání očí, rozšířené nebo nepatrné zorničky

Bledost

Opary, abscesy, vyrážky

Změna ve stylu mluvení

Pokles fyzické zdatnosti

Speciální chutě zejména na sladké

Ztráta váhy a chuti

Oslabená imunita

Chování:

Nevytříbené chování

Náladovost, deprese, podrážděnost

Odmítání i slabé kritiky nebo žádosti

Nezájem, uzavřenost

Ztráta zájmu, jež byl v minulosti důležitý

Pokles zodpovědnosti

Změny v nápadech, hodnotách

Změna okruhu přátel

Škola:

Špatné výsledky

Nekoncentrovanost

Nezájem o jakékoli učivo

Vysoká absence

Neupravenost

Ztráta peněz

Agrese

(Illnes, 2002)

„Hodně čerstvého vzduchu, pohybu a spánku, prostá, ale výživná strava, žádné víno nebo lihové nápoje, co nejméně léků, šat ani ne příliš těžký ani ne těsný, soustavné otužování těla, zvláště hlavy a nohou.“ Locke John, Myšlenky o výchování

4.1.8.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

1. Výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv
2. Děti, jejichž rodiče jsou závislí na alkoholu, jsou ohroženy nejen tím, že se mohou stát závislé na alkoholu, ale i na jiných návykových látkách
3. Nedostatek času, málo péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby k dítěti v dětství
4. Nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené násilí, týrání a sexuální zneužívání dítěte
5. Schvalování užívání drog a pití alkoholu
6. Podceňování dítěte a nízká očekávání od dítěte

7. Špatné společenské a duševní fungování rodičů, osamělost rodičů, lhostejnost vůči okolí, dokonce i nepřátelství
8. Vážná duševní choroba v rodině
9. Výchova jen s jedním rodičem, který rodinu nezvládá a nemá možnost využití pomoci od příbuzných
10. Časté stěhování rodiny
11. Dítě žije bez domova a bez rodiny
12. závislost na návykové látce buď u matky, nebo u otce
13. vážná duševní nemoc matky nebo otce

Nešpor (2007)

4.1.9 PRVNÍ POMOC PŘI OTRAVĚ NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

1. Přivolání lékaře
2. Zajištění čerstvého vzduchu, nepodávat alkohol, kávu ani mléko
3. Zjištění stavu, zda je postižený při vědomí promluvením, poklepáním po rameni podobně
4. Jestliže postižený při vědomí není, zjistíme, zda jedinec dýchá, zda se mu zvedá hrudník.
5. Pokud postižený nedýchá, zakloníme hlavu, vyčistíme dutinu ústní a vytáhneme jazyk.
6. Nahmatáme tep, pokud tep není znatelný, provádíme masáž srdce a umělé dýchání v poměru 30:2 až do příjezdu lékaře nebo do probuzení postiženého.

Zvláštnosti u jednotlivých typů drog:

Alkohol – v případě bezvědomí postiženého, jež požil alkohol, je velké nebezpečí vdechnutí zvratků, závažná je kombinace úrazu hlavy a požití alkohol – může nastat nitrolební krvácení, které není na povrchu hlavy vidět

Marihuana – osoba, jež požila tuto látku, může trpět úzkostnými stavy, je potřebný dohled.

Pervitin, kokain, halucinogeny – důležitý je nepřetržitý dohled nad postiženým.

Těkavé látky – důležité u těchto osob je zajištění přísunu čerstvého vzduchu

Opiáty- než dorazí lékař, je podstatné monitorovat dech a zjistit, zda postižený nevdechl zvratky – položit na bok.

(Illnes, 2002)

4.1.10 KAZUISTIKA Č. 1

Rodiče přichází do drogové poradny s mladistvou klientkou užívající pervitin víkendově. Rodiče skutečnost zjistili až ve chvíli, kdy s přítelem vykradla byt. Ve škole má velké absence a doma pravidla příchodu nedodrží. Klientka si nepřipouští, že by měla problém.

4.1.11 KAZUISTIKA Č. 2

Devatenáctiletý muž přišel ke drogám se svými kamarády, kdy chtěli „vyzkoušet něco nového“. Novinka - pervitin byla pro kluky velice zábavná a neokoukaná jenže kluci si neuvědomovali, že čím déle pervitin užívají, tím se stávají na droze více závislí. Užívali drogu dva roky. Po dvou letech devatenáctiletý muž neměl již peníze a začal rozprodávat majetek rodičů. Tuto situaci zjistil otec, který mu vyhrožoval, že ho vyhodí z domu a bude na ulici. Devatenáctiletý muž se po krátké době vzbudil a ze dne na den si určil priority a s drogou přestal. Pravidelně k otci docházel s negativním testem na drogy.

4.2 RODIČE UŽÍVAJÍCÍ DROGY

Rodiče s nadměrným užíváním alkoholu mají sklon k abnormální přísnosti nebo k liberalizaci. Tyto extrémy se mohou často střídat.

4.2.1 RIZIKA PRO DĚTI

Výzkum dokazuje vyšší výskyt brzkého pití alkoholu dětí v mladším věku u rodičů užívající vyšší míru alkoholu. U těchto dětí je důležitá prevence a před alkoholem je chránit.

Nešpor, Csémy, 2003

Alkohol se častěji vykytuje v rodinách, než sexuální zneužívání a násilí na dětech, ale tyto děti bývají svědky domácího násilí.

U těchto dětí je častý výskyt poruch chování doma i ve škole.

Tzv. „hrdina“, většinou nejstarší z dětí přebírá nároky dětí za rodiče. Je to pro něj nad míru jeho možností a v dospělosti může mít pocity méněcennosti.

4.2.2 SPECIFIKA PŮSOBENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U ŽEN

A. Ženy bývají ve vztahu k návykovým látkám zdrženlivější a opatrnější, je tedy zřejmé, že v porovnání s muži je tento počet uživatelů menší

B. Zdravotní problémy způsobující návyková látka u žen, nastávají mnohem dříve

C. Žena se častěji dostane do problému s návykovými látkami kvůli partnerovi

D. Ženy pod vlivem návykové látky se podstatně méně dopouštějí trestných činů a násilného jednání

E. Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně častěji se projevují poruchy osobnosti

než mužů

F. Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži

G. K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku používání návykové látky, kouření, pití alkoholu. Kromě fetálního alkoholového syndromu dochází asi čtyřikrát častěji k méně nápadným postižením, která se projevuje nižším intelektem a častějšími poruchami chování, později i poruchami osobnosti, a k vyšší kriminalitě a sexuálními poruchám

H. Závislá žena bývá častěji napadána, týrána a sexuálně zneužívána

CH. Rodiny závislých žen trpí jejich problémem, více než u mužů

Nešpor (2007)

5 ÚČINKY DROG NA LIDSKÝ ORGANISMUS

Dle Linhatra (2012) Účinek cizorodých látek na lidský organismus vzniká interakcí mezi organismem a látkou, vzájemným působením.

Pro pochopení působení látek je potřeba sledovat:

1. látku (co se děje s látkou, její odbourávání)
2. organismus (co se děje s organismem po interakci s látkou)

Interakci látky s organismem můžeme rozdělit do čtyř fází

5.1. VSTUP LÁTKY DO ORGANISMU (perorálně, inhalací, perkutánně, intravenosně, subkutánní)

1. Vstup perorálně - požitím

Při požití cizorodé látky ústy se látka dostává nejprve do trávicího traktu tzv. z ústní dutiny do jícnu, žaludku, tenkého a tlustého střeva. V zažívacím traktu dochází k absorpci látek do krve. Nevstřebané zbytky látky se vylučují konečníkem z organismu. Dokud je látka v zažívacím traktu, působí spíše lokálně – v žaludku, ne systémově – v krevním oběhu. Toho se využívá při otravách požitím, kdy v některých případech může včasné vyvolání zvracení, výplach žaludku nebo podání projímadla podstatně zmírnit důsledky při těchto otravách. Je nutné např. zvracení vyvolat co nejdříve po požití látky, aby došlo k co nejmenší absorpci látky. Absorpce závisí na lipofilitě látky. Lipofilita je schopnost látky rozpouštět se v tucích. Lipofilní látky mají schopnost prostupovat buněčnými membránami, protože samy buněčné membrány jsou rovněž lipofilní. Některé látky se mohou účinně vstřebávat již v dutině ústní, např. nikotin z kouření tabáku.

Nejvýznamnějším orgánem pro absorpci ze zažívacího traktu je tenké střevo, které se skládá ze tří částí: duodenum – dvánácterník, jejunum, ileum. Největšímu vstřebávání dochází v jejunu a ileu (spodní části tenkého střeva), kde se prokrvenou střevní stěnou s velkým povrchem vstřebává hlavní podíl živin a také cizorodých látek. V tenkém střevě se PH pohybuje v rozmezí 6-12 – zásadité PH. V žaludku je PH v rozmezí 2-4, tzn. že látky kyselé povahy se vstřebávají lépe v žaludku a látky zásadité povahy se vstřebávají v tenkém střevě.

Vstup inhalací – vdechováním

Při inhalaci vstupuje látka nejprve do nosu, pak prochází hrtanem, průdušnicí, průduškami, které se dále větví na průdušinky až do plicních sklípků. Při vdechování látka prochází dýchacími cestami, které jsou potaženy sliznicí, tedy výstelkovými (epitelovými) a

vazivovými buňkami s velkým množstvím žláz, vylučující slizkou tekutinu, kterou jsou sliznice potaženy. Epitelové buňky dýchacích cest jsou opatřeny řasinkami (chlupy v nose), které zadržují pevné částice, kmitavým pohybem je sunou vzhůru, tedy ven z dýchacích cest. Hydrofilní látky (rozpustné ve vodě) se rozpouští ve sliznici horních částí dýchacích cest. To tvoří do jisté míry ochranu před zasažením plic některými agresivními látkami. Lipofilní látky pronikají buněčnými membránami do buněk a stěnami krevních kapilár do krve. Děje se tak po celé délce dýchacích cest, ale v největší míře v plicních sklípcích, protože mají největší povrch, na kterém může k mezifázové výměně docházet. Inhalované látky pokud se nevyznačují výrazným zápachem, nemusíme vnímat, zatímco látka požitá neunikne naší pozornosti. Vstřebávání z plic je pak díky velké vztyčné ploše mezi vdechovaným vzduchem a krví v plicních sklípcích mnohem rychlejší než ze zažívacího traktu. Inhalace tak patří mezi nejnebezpečnější cesty vstupu toxických látek do organismu.

Vstup kůží

Lidská kůže je bariéra proti vstupu cizorodých látek do lidského organismu. Není však absolutní, protože kůží mohou vstupovat biologicky účinné látky, léčiva, výměna látek, ale i jedy.

Kůže se skládá ze tří částí:

Pokožka - na níž se nachází vrstva zrohovatělých postupně odumírajících buněk, tvoří nejúčinnější bariéru pro vstup látek.

Škára – je tvořená vazivovými vlákny, vazivovými buňkami a mezibuněčnou hmotou, kde se nacházejí nervová zakončení, mazové a potní žlázy, lymfatické cévy, cibulky vlasových folikulů a buňky imunitního systému.

Podkoží – v této části není již žádná zábrana, která by bránila vstupu látek do systému. Podkoží je tvořeno vazivem, tukovou tkání a nervové a cévní pletence.

Nejdůležitější částí pro průnik cizorodých látek je pokožka, která je narušována potními a mazovými žlázami, vlasovými folikuly. Hydrofilní látky se dostávají přes potní a mazové žlázy a vlasové folikuly a stávají se hlavní bariérou při poranění povrchu kůže. Do oběhového systému se dostávají látky ze škáry a podkoží, protože tkáňový mok je v kontaktu s lymfatickými a krevními cévami.

Vstup intravenosně - do žíly

Přes tento způsob užití látky jdou škodliviny látky přímo do oběhu, kde se látka rozvádí do cílových orgánů a do celého těla. Je to nejrychlejší způsob podání látky vedoucí k rychlé drogové závislosti, protože při níž odpadá funkce absorpce. Účinek jde zmírnit pouze infuzí. Při sdílení jehel je velké možné riziko nákazy infekce HIV, hepatitid.

5.2. DISTRIBUCE LÁTKY V ORGANISMU

Zde patří transport buněk přes buněčné membrány, které jsou tvořeny např. fosfolipidy. Lipofilní látky pronikají buněčnými membránami difuzí. Difuze je děj, kdy přechází látka z místa s vyšší koncentrací do místa s nižší koncentrací. Dojde vyrovnání koncentrací na obou stranách membrány = pasivní transport. Aktivní transport je opak transportu pasivního. Tento proces je poháněn „energetický platidlem buňky“ a to je ATP – zdroj energie.

5.3. VYLUČOVÁNÍ A ODBOURÁVÁNÍ LÁTEK V ORGANISMU

Vylučování látek je úzce spjato s biotransformací, protože lipofilní látky se vylučují velmi obtížně. Účinné vyloučení lipofilních látek může nastat až po přeměně na polárnější metabolismy. Pro vylučování má největší význam vylučování močí.

Vylučování močí

Důležitou částí vylučování je rozpustnost ve vodě. Klíčem k rozpustnosti jsou ledviny, kde dochází k filtraci krve. Krev se v ledvinách odfiltruje z celých buněk do částic. Primární moč je vhodná pro roztok z krevní plazmy a pro rozbor díky živinám. Moč je přirozeně kyselější než krevní plasma, její PH se dá snížit potravou a chloridem amonným obsažený např. v pečivu. Hydrogenuhličitan sodný naopak zvyšuje PH obsah, tělo si jej absorbuje z potravy.

Vylučování mateřským mlékem

Mateřské mléko má velký obsah tuku a jsou v něm obsaženy organické látky, které získala matka v průběhu celého života.

Vylučování stolíci

Pomocí stolice se z těla vylučují nevstřebané látky z trávicího traktu. Jsou to látky, které se do střev dostaly pomocí krve přes játra se žlučí. Lipofilní látky se do stolice dostanou střevní cestou. Žluč má tu vlastnost, že vylučuje o látky omezené v rozpustnosti ve vodě. Koncentrace částic střevní cestou do střeva se dostávají i lipofilní organické látky.

Vylučování vydechováním vzduchu

Nevstřebaná část vdechnuté látky se vydechnutím dostává z těla ven. Mezi krví a vzduchem v plicích sklípcích dochází k přenosu návykových těkavých látek vdechnutím i vydechnutím. Část vdechnuté a vstřebané látky se označuje jako „zadrženi v plicích“. Vdechováním inhalací není jen jeden způsob příjmu látky, mohou se návykové látky dostat do těla i jiným způsobem, protože se látky vylučují v plynné fázi a kapacita této látky je velice malá.

Vylučování potem

Kůže tvoří vstupní ale i výstupní bariéru. Jak vstupní tak i výstupní bariéra není absolutní. Vylučování potem probíhá pomocí potních kanálků společně s potním mazem. Těchto vyloučených látek není příliš mnoho, ale způsobují velký a nepříjemný zápach. Tento zápach může překážet v partnerském soužití nebo pracovním uplatnění.

6 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ

Veškeré drogy mají na plod negativní účinek, již v děloze droga způsobuje plodu doživotní následky. Matka užívající drogy žije v narušeném prostředí. Pokud zjistí těhotenství, měly by co nejrychleji vyhledat odbornou pomoc. (Pařízek 2006)

Tělesná voda a plazmatický objem je ovlivněn užíváním látek v těhotenství. Ovlivňuje zejména koncentrační peak, objem užití látky, poločas. Citlivost metabolismu se důsledkem drog během těhotenství značně mění. (Vařínková 2006)

6.1 INTRAVENÓZNÍ APLIKACE

Vařínková (2006) uvádí, že intravenózní aplikace neboli aplikace do žíly s nesterilním vybavením a nečistou drogou způsobuje závažné zdravotní potíže. Jde o HIV, hepatitidy, zánět povrchových žil, onemocnění postihující srdeční chlopně, vysoký krevní tlak způsobený plicní hypertenzí. Při příjmu těhotné ženy i při porodu je komplikován odběr krve, kdy posléze musí být zaveden žilní katétr. Těhotné ženy mají zvýšenou srdeční

frekvenci, srdeční výdej a zvýšenou spotřebu kyslíků. Útlum léky i u netěhotných může způsobit dýchací a oběhové selhání.

Enzymatické změny

V těhotenství klesá hladina enzymů, které u kokainu, heroinu, alkoholu, barbituráty a marihuana způsobující sníženou plazmatickou hadinu, kdy metabolismus může způsobit poškození jaterních buněk. Snížená hladina placentárních enzymů byla prokázána i kuřáků. Placenta obsahuje, které jsou schopné metabolizovat kokain., avšak metabolismus alkoholu probíhá podobným způsobem.

Různé patologie

V těhotenství je potřeba zvýšení nutričních nároků, protože drogová závislost je úzce spojena se špatnými stravovacími nároky. Bylo prokázáno, že u ženy užívající kokain, PCP a marihuanu mají sníženou hladinu kyseliny listové a častou infekci močových cest a zápal plic. Alkohol vyvolává zánět žaludku, zánět slinivky břišní, poruchu periferních nervů. Heroin může způsobit úmrtí plodu. Při užívání kokainu a pervitinu je stav provázen podvýživou a horečkou.

Dopad na zdravotní stav uživatele drog závisí na tom, pokud se jedná pouze o experiment, pravidelné užívání látky nebo závislost. Občasní uživatelé si uvědomují škodlivost návykových látek na plod, proto po zjištění těhotenství s drogami abstinují. Drogově závislí mají chaotický život a nezbývá jim čas ani peníze na správný životní styl - stále peníze utrácejí za drogy. Často provozují prostituci k získání peněz i v době těhotenství.

Hepatitida	Septický plicní infarkt
Plicní hypertenze	Tetanus
TBC	Pneumonie
Lymfedém	Infekce HIV
Plicní absces	Absces mozku
Poškození chlopně	Sexuálně přenosné choroby
Embolie cizím tělesem	Bakteriální endokarditida
Plicní edém	Povrchové nebo hluboké abscesy
Zánět žil	Zánět kostní dřeně

Tabulka č. 1 – Onemocnění způsobené návykovými látkami

Funkce placenty

Užívání drog závažně ovlivňuje funkci placenty, průtok, transport kyslíku a živin. Alkohol nemá vliv na průtok placenty.

6.2 SPECIFIKA PRENATÁLNÍ PÉČE

Péče o ženu s drogovou závislostí začíná tehdy, když vstoupí do systému zdravotní péče. Při příchodu personál by neměl tlačit na pacientu k abstinenci, ale doporučit jí snižování dávek nebo substituční terapii. V prenatální péči je důležité dbát na péči o plod, správnou výživu, bydlení v době těhotenství a v době po porodu. Těhotným pacientkám s drogovou závislostí se doporučuje i kontakt a konzultací se sociálními pracovníky, protidrogovými centry, kontaktními centry. Vavřínková (2006)

Při prvním vyšetření je důležité rozlišit, zda se jedná o drogově závislou uživatelku, experimentátorku nebo občasnou uživatelku. Těhotné uživatelky se silnou drogovou závislostí přicházejí k odborníkům téměř až v době porodu, což může vést k značným a závažným komplikacím. Těhotné ženy, které pouze kouří, mohou způsobit nižší hmotnost plodu a tím i usnadnit průběh porodu. U těhotných užívající pervitin, kokain může dojít k předčasnému porodu. Těhotné užívající léky proti nespavosti mohou průběh těhotenství zhoršit abstinenční syndrom u dítěte. Úplné vysazení drogy se v těchto případech nedoporučuje z důvodu náhlé změny organismu dítěte, které může vést k úmrtí dítěte.

Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření je důležitou součástí v péči o těhotné s drogovou závislostí. I příležitostně uživatelky i s vědomím těhotenství stále návykovou látku užívají, je prokázán vznik vývojových vad. Pomocí ultrazvukového vyšetření je možno zjistit konkrétní vady a růst plodu, množství plodové vody a stav placenty. U ultrazvukového vyšetření plodu zjišťujeme pohyby plodu, dýchací pohyby, svalové napětí, non-stress test sledující srdce dítěte a objem plodové vody. Většina parametrů je hotova do 30min.

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření zahrnuje diagnózu hepatitid, hladinu enzymů v játrech, hladinu vitamínu B9. Dále se provádí EKG test kontrolující stav srdce matky a kardiografické

vyšetření sledující srdce plodu. Laboratorní vyšetření úzce spolupracuje s toxikologickým vyšetřením, které si ověřuje abstinenci pacientky a motivuje k pozvolné abstinenci. V případě nemožného odběru v místě předloktí, odběr krve se provádí z třísla neb o krku.

HIV pozitivita

Těhotné drogově závislé pacientky jsou odesílané na specializované infekční pracoviště v pražské nemocnici na Bulovce. V případě HIV positivity v těhotných žen nedochází k šíření nemoci, ale je možnost přenesení nemoci na plod. Jediným možným řešením dědičného HIV je antiretrovirová tzv. zivudine terapie snižující riziko dědičného nakažení. Podávání antiretovirok není nijak škodlivé pro dítě ani matku.

Hepatitida – žloutenka typu C

U Hepatitidy C, zánětu jater, je možná diagnostika nákazy již v 2-3 týdnech od doby nákazy. K nákaze hepatitidy C dochází u 2,5% populace, možnost přenosu nemoci na plod je 2-5%. Z osob nakažených hepatitidou C je 75-80% nakažených hepatitidou chronickou. Z důvodu užívání drog a používání sterilních jehel se rozšiřuje hepatitida C. Hepatitida C v počátcích nákazy nemá klinické příznaky a diagnostikuje se již v prenatálním období při laboratorních odběrech. Je důležité v těhotenství a v nákaze Hepatitidy C provádět opakovaná vyšetření hladiny jaterních enzymů.

6.3 POROD

Dle Vavřinkové (2006) V průběhu porodu je důležité včas odhalit špatnou funkci placenty a nedostatek kyslíku plodu. Proto jsou těhotné ženy s drogovou závislostí vždy kardiokograficky monitorovány, kde je sledována srdeční činnost plodu a děložní kontrakci. Po užití drogy v dobře těhotenství může vzniknout u plodu porucha srdečního rytmu, které jsou monitorovány při kardiokografickém testu. U tohoto testu je možné zjistit nedostatek kyslíku na úrovni ohrožení plodu, který může způsobit smrt dítěte. Velmi vysoké dávky drog mimo hypoxii způsobují nadměrné zúžení cév. Častým problémem u závislých matek užívající drogy je, že si drogu aplikují před příjezdem do porodnice z důvodu utlumení bolestí, která komplikuje přístup k žilnímu odběru a zavedení kanyly.

Intoxikace pervitinem a kokainem vede k výskytu bílkoviny v moči a naměřený vysoký krevní tlak, při intoxikaci marihuanou, PCP a kokainem trpí matka vysokou horečkou. Je důležité dbát na dostatek kyslíku u matky. Možná léčba je paractamolem, který snižuje

teplotu a působí proti bolestem v případě užití alkoholu, narkotik a barbiturátů je léčba umožněna metoklopramidy.

V době porodu se matkám při potřebě drogy podává vhodný lék, který minimalizuje abstinenční příznaky, které omezují průtok krve v děloze a zvyšují nedostatek kyslíku.

Odstranění bolesti způsobený přerušení nervových vláken a umělé usnutí matky v době porodu

Ženy užívající návykové látky hůře snášejí bolest, jsou úzkostné, neklidné a vyžadují umělé usnutí. Umělé usnutí je jednou z metod, jak přimět pacientku ke spolupráci při zavádění epidurálního katétru, který se zavádí do páteře k vyšetření počtu červených krvinek a srážlivost krve. U matek, které nespolupracují, se používá opiátová analgetika možná samotná nebo v kombinaci s léky uvolňující křeče či antipsychotiky. Pokud je možné, je veden porod přírodní cestou. Požívání alkoholu vede k útlumu průchodu krve a zvyšuje účinek anestezie. U císařských řezů drogově závislých se dává přednost celkové anestezii.

6.4 VLIV JEDNOTLIVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK NA TĚHOTENSTVÍ, PLOD A NOVOROZENCE

6.4.1 OPIOIDY

Opioidy neboli opiáty je hnědá hmota získávána z opia nařiznutím nezralé makovice. Dříve bylo opium užíváno jako lék. Základní části obsažené v opioidech jsou morfin, papaverin, thebain, kodein, meconidin. Opioidy mají zklidňující efekt.

Negativní účinky opiátů na těhotnou matku jsou jen mírné. Snižuje se sekrece mozku, plazmatické hladiny a testosteronu. Závažnějším problémem jsou ale následky nitrožilní aplikace a rizikové chování při shánění drogy. Je prokázáno zvýšené riziko nákazy HIV, hepatitidy, TBC a sexuálně přenosných chorob.

Prenatální péče

Životní styl uživatelky heroinu je velmi neuspořádaný a péče o dítě je velmi nedostatečná. Do nemocnice přichází již 50% těhotných uživatelky až v době, kdy mají kontrakce nebo odtok plodové vody. Z důvodu rozpíchaných rukou odběr krve se provádí z krku, třísel a nártu.

Placentární změny

Heroin do 1 hodiny od aplikace proniká placentou a vniká do fetálních tkání dítěte. Není možné přesně určit výskyt vývojových vad, ale je dokázáno, že opioidy způsobují zkrácení doby těhotenství. Při odbourávání opioidů u matky dochází k odbourávání látky i u plodu, který vede k nárůstu stresového syndromu a úmrtí plodu.

Při kolísání hladiny heroinu u uživatelky má stejný význam jako opakování abstinence. Způsobuje totiž změny v placentě a úbytek placentárních látek. V mikroskopickém obrazu se tyto poruchy projeví ve srážlivosti krve, při vzniku krevních cév v tkáni. U rodiček byl zaznamenán chorobný růst tkáně, uvolnění tekutiny do povrchu choriových klků v placentě, srážení krev proudící do pupeční žíly, známky zánětu chámovodu. Za závažné zjištění se považuje nepravidelnost pupečnickových cév, kdy ve spoustě případů byla zjištěna pouze jedna tepna.

V důsledku placentární poruchy se rodí plody, které nedosahují svého růstového potenciálu. Proto je důležité již při první návštěvě provádět měření množství plodové vody, stav placenty a měření průtoku krve. Vavřínková (2006)

Porod

Kolem 60 % dětí uživatelky opiátů, zejména heroinu má v době porodu známky infekce nebo matka jeví známky akutní infekce. Infekce před porodem uvolňuje hormony produkované kůrou nadledvin a hormony vznikající ve všech orgánech takzvané prostaglandy. Prostaglandy stimulují dělohu k vyvolání porodu a zrychluje zrání plic. Tento proces může vést k onemocnění dýchací soustavy u dítěte tzv. dechové tísně dítěte.

U rodiček užívající opioidy v době porodu bylo vyzorováno snížený práh bolesti, které se projevuje i na nárocích rodiček, požadují analgetickou terapii, která může být pro pacientky méně bolestivější, ale v kombinaci s opioidy nebezpečnější. U těchto pacientek se používá analgeze ke snížení bolesti.

Důsledky působení drogy na novorozence

Hlavním důkazem důsledku užívání opioidů v době těhotenství je tzv. abstinční syndrom novorozence, který se projevuje u 50-80% dětí v době 48-72hodin po porodu. Některé důkazy naznačují onemocnění dítěte dlouhodobým vývojovým postižením, nižší tělesnou

hmotností a snížené behaviorální, recepční a organizační schopnosti. Baar a de Graf publikoval ve své studii sledující děti závislých matek, že děti měly výrazně nižší IQ, horší jazykové testy, přičemž se rozdíly stupňovaly zvyšujícím se věkem. Mravčík (2007)

U závislých matek na opioidech je kojení vyloučeno, na doporučení lékařů se provádí zástava vylučování mateřského mléka.

6.4.2 STIMULAČNÍ DROGY

Do stimulačních drog patří kokain, pervitin, efedrin, crack. (Marádová, 2006)

Kokain rychle prochází placentou a u dítěte dosahují vysokých hladin. Po aplikaci kokainu je tělo oslabené o snížení průtoku krve placentou a snižuje okysličení plodu. U matek zvyšuje krevní tlak a tepovou frekvenci. Důsledek špatného okysličení dítěte a vysokého krevního tlaku vede ke zvýšení průtoku mozku dítěte, které se projevuje porušením gastrointestinálním traktem, který přijímá živiny do celého těla. (Vavřínková, 2006)

Prenatální péče

Těhotné ženy se závislostí na stimulačních drogách často svou závislost zapírají, neuvádějí. V případě pravidelného užívání je potřeba u těhotných vyšetřit možnost hepatitidy, HIV, hladinu jaterních testů. V těhotenství při užívání kokainu dochází k úbytku krve.

Placentární změny

Stimulační drogy způsobují zúžení cév, zvýšení tepové frekvence u matky a nadměrnou citlivost dělohy. Zúžení cév způsobuje snížení průtoku krve a zvýšení průtoku krve proti aortě, kde dochází ke snížení obsahu kyslíku, zvýšení tepové frekvence a vysoký krevní tlak u plodu.

Vlivem snížení kyslíku ve tkáních dítě se rodí s nízkou porodnou hmotností a se sníženou funkcí růstového hormonu. Je potřeba pravidelné ultrazvukové vyšetření, která zjišťuje vrozené vady, stav placenty, celkový stav plodu. Je prokázáno vyšší procento předčasných porodů. Při nadměrném užívání pervitinu je prokázán výskyt placentárních změn vedoucí k protržení placenty a syndromu náhlého úmrtí novorozence. Vavřínková (2006)

Důsledky působení drogy na novorozence

Stále je obtížné oddělit drogovou závislost od účinku stimulačních drog. Tyto uživatelky často kouří, pijí alkohol a berou různé drogy. Při moderních studiích, kdy byly sledovány tyto uživatelky, bylo zjištěno, že novorozenci vystavení účinkům stimulačních drog nebo v kombinaci s jinými drogami mají menší hlavičky, nižší porodní hmotnost, kratší končetiny a vyšší výskyt defektů močových a pohlavních cest.

U novorozenců vystavených účinkům stimulačních drog byly zjištěny známky akutního abstinčního syndromu. Pro tento syndrom je typické kratší trvání a menší intenzita účinku drogy. Akutní abstinční syndrom vlivem stimulačních drog se dále projevuje:

- A. zvýšené napětí svalů
- B. zvýšená citlivost
- C. bleskové reflexy
- D. třes
- E. poruchy spánku
- F. krátkodobé zástavy dechu
- G. průjmy
- H. anomálie srdce
- CH. krvácení do mozku

Vavřínková (2006)

U dětí jejichž matka v těhotenství užívala stimulační drogy, trpí abnormálně silnějšími citovými vazbami k matce a vyšším procentem nepevných a narušených citových vazeb u ostatních členů rodiny. V době již útlého dětství je zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte.

I u stimulačních drog je kojení lékaři nedoporučováno a provádí se zástava vylučování mateřského mléka. Vavřínková (2006)

6.4.3 KANABINOIDY – KONOPÍ

Nepravidelné užívání konopí většinou těhotným ženám nezpůsobují potíže při diagnostice. Ukazatel počtu těchto žen je 2-12%. U aplikace konopí nehrozí nákaza HIV, hepatitid ani zánět žil. Těhotné uživatelky konopí trpí v době těhotenství zvýšenou tepovou frekvencí, průduškovými záchvaty, zejména při anestezii.

Vliv účinku konopí na dítě je dle dávky. Při chronickém užívání trpí matka nižší hmotností, prodlouženou reakcí při zrakových testech, prodlouženým Morroovým reflexem překvapení a děti trpí růstovou retardací, sníženým krevním tlakem s omezenými reakcemi.

Při abstinčním syndromu matky trpí pouze neklidem, zvýšenou dráždivostí a nespavostí.

Vavřinková (2006)

6.4.4 HALUCINOGENY

U dětí jejichž matka užívala halucinogeny, byly zjištěny mutace a mnohočetné vrozené vady, protržení placenty. Halucinogeny způsobují podobné důsledky jako kokain. Nezpůsobují však fyzické poškození organismu. Hájek (2004)

Abstinční syndrom u halucinogenů je projevuje třesem, zvýšeným napětím svalů, poruchami potavy a poruchami spánku.

6.4.5 TĚKAVÉ LÁTKY

Toluen silně poškozuje tkáň organismu, se kterými přijde do kontaktu. Postupem času při užívání těkavých látek dochází k poškození jaterní tkáň, a ke změnám na mozkové kůře.

Těkavé látky způsobují jakýsi polospánek, polovědomí s živými sny. Vavřinková (2006)

6.4.6 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE

Plod v těle matky má omezenou funkci metabolizovat a vylučovat z těla chemikálie. Určení, kolik má dítě v těle toxické látky je velmi rozdílné, než u matky. U novorozence je možné prokázat hladinu toxické látky v těle až několik dní po porodu, kdy se tělo dítěte postupně zbavuje škodlivin z těla. Některé drogy, zejména tlumivé na CNS u dítěte vyvolávají silnou fyzickou závislost, projevující se jako tzv. abstinční syndrom novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS). Příznaky NAS se projevují nejčastěji

u opioidů, 24-48 hodin po narození. (Leifer, 2004). NAS se projevuje u 60-90% novorozenců těmto matkám, příznaky mohou setrvávat až 3-4 měsíce, protože se droga uvolňuje v těle novorozence postupně. Až 70% novorozenců s abstinenčním syndromem má příznaky nadměrné citlivosti CNS, která se může zhoršovat v křeče, zvýšenou dechovou frekvencí a poruchy příjmu potravy.

Mezi drogy vyvolávající NAS řadíme: kodein, heroin, kofein, kokain, etanol, marihuana, nikotin a další.

Centrální nervový systém na NAS reaguje poruchami sání a polykání matčina mléka, zvracení a průjmy. Tyto poruchy mohou způsobit v organismu metabolické poruchy příjmu vody a mohou vážně ohrozit život dítěte.

Dýchací soustava může být poškozena samovolným vyměšováním tekutiny z nosu nebo ucpaný nos, zrychlené dýchání až namáhavé dýchání, nedostatečné okysličování krve, zánět plic a krátkodobé zástavy dechu.

Vegetativní nervový systém mívá projevy zrychlená srdeční činnost, vysoká teplota, výrazné pocení a špatné prokrvení kůže.

Vavřínková (2006)

6.4.6.1 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE A KOJENCE A JEHO LÉČBA

Problematika drog je od nedávna doménou medicíny. V poslední době však se touto problematikou zabývá pediatrie a neonatologie. S postupným zvyšováním počtu žen užívajících návykové látky ve středním věku se rodí děti těchto matek častěji s novorozeneckým abstinenčním syndromem. Doba těhotenství je pro matku o dítě za přítomnosti drog velice rizikové, kdy je matka i plod ohrožen zdravotními, socioekonomických faktory.

„V roce 2007 bylo dle údajů Hygienické stanice hl. města Prahy v ČR evidováno 2 685 drogově závislých žen v reprodukčním věku (15–44 let). Z nich 1 851 žen užívalo stimulantia, 546 opiáty, 247 kanabinoidy, 16 tlumivé látky (hypnotika, sedativa), 3 halucinogeny, ostatní byly závislé na jiných návykových látkách (těkavé látky apod.)“
Stará (2009, s.382-384)

Vyjímkou není ani kombinace užívání drog s vysokou dávkou nikotinu a alkoholu. Těhotenství je často nesledována, péče o dítě je nedostatečná a matky přicházejí do zdravotnického zařízení až v době porodu. Poměrně častým výskytem nemocí bývá hepatitida C, B, HIV a syfilis. Poměrně obvyklým problémem je porucha imunity.

Intrauterinní a časné důsledky expozice drogám v těhotenství:

Plod těhotné matky užívající návykové látky je ohrožen v průběhu těhotenství řadou komplikací. „Jedná se zejména o intrauterinní růstovou retardaci i (IUGR) v důsledku malnutrice matky a placentární insuficience, ale také o zvýšené riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti, často související s intrauterinní infekcí. Uvádí se, že novorozenci drogově závislých matek mají vyšší výskyt vrozených vývojových vad udáván je i vyšší výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence.“ Stará(2009, s.382-384)

6.4.7 KOUŘENÍ

Kouření dle Vavříkové (2006) je jeden z neškodlivějších faktorů pro dítě, projevuje se i po narození dítěte. Kouření snižuje počet spermií v ejakulátoru, muž může ohrozit vývoj plodu – těhotná je tudíž tzv. „pasivní kuřák“, kdy pokud těhotná vdechuje kouř, stoupá její hladina oxidu uhelnatého, jak kdyby sama kouřila. Již po jedné cigaretě je možné ultrazvukem zjistit křečové pohyby a zvýšená tepová frekvence. Tyto znaky jsou známy při nedostatku kyslíku. Pokud partneři zvažují plánování zdravé rodiny, měli by s kouřením přestat.

Důsledky kouření

Dle Macků (1998) nikotin vyvolává v těhotné ženě stahy děložních cév, snižuje prokrvení děložního svalů průtok krve uteroplacentárním oběhem. Nikotin však působí i na placentární změny tím, že zhoršuje výměnu kyslíku a živin z krve matky k oběhu plodu. Při kouření nikotinu se zvyšuje krevní tlak a zpomaluje srdeční činnost. Vysoká hladina oxidu uhelnatého v těle matky se váže na červené krvinky, které se později nemohou vázat ani přenášet kyslík. Tento problém má stejný vliv na plod, jako při otravě svítiplynem. Celkově po požití cigarety matkou, dítě trpí celé hodiny nedostatkem kyslíku, pokud matka vykouří tři cigarety denně, dítě bude podstatně menší, může mít problémy s alergiemi, kožními ekzémy nebo astma dvakrát častěji než u nekuřáček.

Dítě je vystaveno možného poškození cévního systému nebo placentárních cév důsledkem porušení výměny mezi matkou a plodem, narušení placenty na děložní stěně nebo těhotná žena může již v ranném mateřství skončit potratem či předčasným porodem. Vavřínková (2006)

Mnohé z těhotných kuřáček přestává s kouřením i z důvodu, že jim cigareta nechutná. Důvod je, přeladění organismu a odpor k cigaretovému kouři. Je nutné těmto ženám poradit, aby po těhotenství opět s kouřením nezačaly. Kouření způsobuje poruchy erekce a spermogenezi. Crha (2000).

6.4.7.1 FETÁLNÍ TABÁKOVÝ SYNDROM

Děti s fetálním tabákovým syndromem se matkám, jež v těhotenství kouří, se rodí s nízkou porodnou hmotností (do 2,5kg), jsou výškově menší a nemají dovyvinuté plíce. Pro děti, které mají nižší porodní hmotnost, je první rok života poněkud velmi náročný, bývají zranitelné, málo odolné a nemocné. Děti s FTS po porodu častěji umírají, označuje se jako náhlé úmrtí novorozence. U tohoto náhlého úmrtí děti umírají bez zjevné příčiny a dvakrát častěji, než u matek které v těhotenství nekouřily. Hrubá (2007)

6.4.8 ALKOHOL

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

Již starořecký filozof Platón upozornil na skutečnost, že alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu, který uvádí ve svých spisech: „Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné“. V středověku bylo zakázáno zplodit dítě v alkoholovém opojení, zákoník v Kartágu zakazoval novomanželům pít v době před svatební nocí a před ní. První doložené spisy o škodlivosti alkoholu na vyvíjející plod pocházely z Anglie v 18. století. V této době stoupla výroba ginu a ve všech rodech jakékoli vrstvy vznikl alkoholismus. Angličtí lékaři tehdy vydali zprávu, která směřovala alkoholickým ženám, o tom, že nápadně často rodí nemocné až slabé děti, které

jsou svráštělé se stařeckým vzhledem. V roce 1846 se v německém časopise objevila zpráva o nápadně vysokém výskytu dětí s deformacemi, s mentálním postižením matek, které pily po domácku vyrobené pivo. Dr. Suliwan v Liverpoolu koncem 19. století sledovat 600 dětí narozené matek, jež v těhotenství pily alkohol. Výsledky byly katastrofální. Ve výsledné zprávě shrnul, že plod je poškozen tehdy, pokud matka pila v těhotenství alkohol a alkoholičkám, jež neměly možnost v těhotenství pít alkohol, se narodily děti zdravé. V Německu výzkum z roku 1968 prokázal při sledování 127 dětí a 69 žen pijících alkohol, že všechny tyto děti měly nižší porodní hmotnost, opožděný tělesný i duševní vývoj a vývojové vady různé závažnosti.

Alkohol i nikotin jsou společností tolerované drogy, které kromě plodu škodlivě působí na játra. Ale v době těhotenství způsobují u dítěte anomálie různého typu. Alkohol je považován za jed, který může poškodit již vajíčko a spermie. Mezi největší nebezpečí u žen pijících v době těhotenství alkohol patří poškození mozku, opožděný vývoj, nízká výška dítěte v dospělém věku. Tyto příznaky označujeme jako fetální alkoholový syndrom. Dítě může mít i anomálie uší, očí a znatelně menší hlavu. Špaleková (2011)

6.4.8.1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM

Fetální alkoholový syndrom (FAS) je určitý stav dítěte, kdy matka v době těhotenství požívá alkohol ve vysoké míře. FAS je charakterizován prenatalním a postnatalním růstovým deficitem, abnormalitami CNS a kraniofaciálními abnormalitami. Vavřínková, (2006)

Tento stav popsal již Aristoteles, kdy byl biochemický podklad škodlivosti dlouho znám, již 30let. Výzkumy dokázaly, že i malé množství alkoholu může dítě poškodit. V pokroku dnešního lékařství mohou už lékaři zjistit míru postižení dítěte. V posledních letech se u dítěte objevují i genetické dispozice pro vznik poruch, stejně jako rizika užívání alkoholu v době těhotenství. Vliv alkoholu v prenatalní době může mít za následek celou řadu poškození, které sahá od fyzických, orgánových defektů po psychické problémy. Fetální alkoholový syndrom neboli Fetal Alcohol spectrum disorders (FASD) se rozděluje do kategorií:

Neurodevelopmental Disorders (ARND) - porucha nerovnovážného vývoje spojená s alkoholem

Alcohol – related Birth Defects (ARBD) – novorozenecké funkční poruchy spojené s alkoholem

Partial FAS (PFAS) neboli Fetální alkoholový efekt (FAE) – částečný fetální alkoholový syndrom

Poruchy spojené s fetálním alkoholovým syndromem:

ARND – porucha projevující se v psychické oblasti dítěte i v pozdějších letech u dospělého

ARBD – porucha tělesného vývoje na úrovni orgánu a orgánových soustav

PFAS – porucha, kdy jedinec nesplňuje kritéria FAS, přitom nelze zařadit do zbývajících skupin

10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí rozdělení:

„Q86.0 Alkoholový syndrom plodu (dysmorfni)

Q86.1 Hydantoinátův syndrom plodu, Meadowův syndrom

Q86.2 Dysmorfismus způsobený Warfarinem

Q86.8 Jiné vrozené malformační syndromy způsobené známými vnějšími příčinami

Postižení plodu se řadí do skupiny P04 – Postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesení placentární cestou nebo mateřským mlékem:

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

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

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

P04.2 Postižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou

P04.3 Postižení plodu a novorozence užíváním alkoholu matkou

P04.4 Postižení plodu a novorozence při toxikomanii matky

P04.5 Postižení plodu a novorozence chemickými látkami požitými matkou

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

P04.8 Postižení plodu a novorozence jinými škodlivými mateřskými vlivy

P04.9 Postižení plodu a novorozence škodlivými mateřskými vlivy“

V Dánsku při výzkumu zkoumající děti s fetálním alkoholovým syndromem a bylo zjištěno, že se v Dánsku každoročně narodí 75 dětí s fetálním alkoholovým syndromem, 1,3 na 1000 porodů. Ve Švédsku bylo zjištěno, že četnost je vyšší, 1,4-1,7 na 1000 porodů. Světový výzkum ukázal, že děti s fetálním alkoholovým syndromem se rodí třikrát méně, než s fetálním alkoholovým efektem. Dále bylo zjištěno, že 70-80% těhotných žen užívá alkohol v době těhotenství, 18% těhotných užilo alespoň jedenkrát větší množství alkoholu. Z tohoto výzkumu plyne, že mnoho dětí již v prenatálním období je vystavováno riziku účinku alkoholu, kdy je dítě ohroženo nebezpečnými vrozenými vadami.

VLIV ALKOHOLU NA PLOD

Alkohol v těle matky je odbouráván třemi způsoby:

- Alkoholdehydrogenázou – enzym katalyzující přeměnou primárních a sekundárních alkoholů na aldehydy a ketony
- katalázou – enzym rozkládající peroxid vodíku na vodu a molekulární kyslík
- Mikrosomální oxidační systémem (MEOS)

Největší vliv na změny v těhotenství vedoucí k FAS je tzv. apoptóza, smrt nervových buněk. Až v nynější době lékaři zjistili tento problém, avšak vznik apoptózy doposud nezjistily spouštěče této vady. Při pokusech byl zjištěn vliv alkoholu na přenos aminokyselin a glukózy placentou, propustnost buněčných membrán vedoucí k útlumu, snižuje množství hladiny sloučenin a prvků, což vede k úbytku důležitých částí pro život (např. zinek, kyselina listová, vitamíny).

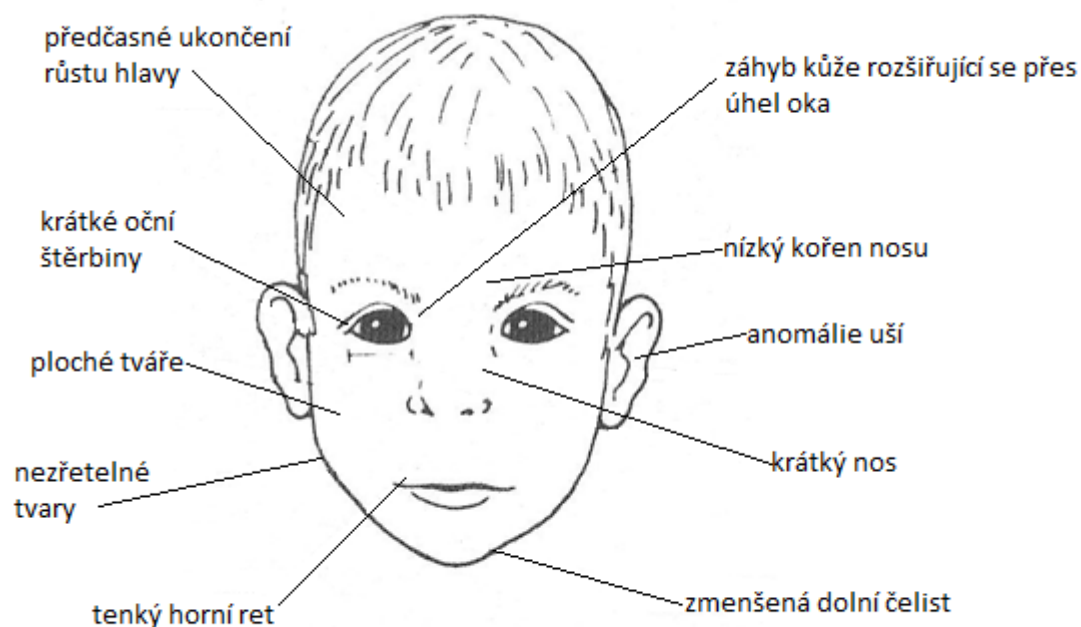
Nejrizikovější konzumace alkoholu je v době prvního trimestru, kdy je největší riziko vzniku abnormálních rysů u dítěte. V mnoha případech matka o těhotenství neví, proto je dítě již v počátcích života ohrožené.

CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY FAS

Mezi defektní charakteristické znaky řadíme:

- A. Růstový i váhový deficit
- B. Dysfunkční CNS
- C. Změny v obličeji a v oblasti hlavy viz obrázek č.5
- D. Mikrocefalie
- E. Zubní abnormality
- F. Malé zuby
- G. Rozštěp patra
- H. Poruchy sluchu
- I. Nerovnoměrné rozložení tkáně
- J. Defekty srdečních sept
- K. Kloubní abnormality

Určitelná pravidelná denní dávka škodící plodu není příliš určitelná, každá matka má jiné spalování, hmotnost apod. U průměrných matek se uvádí, že při požití dvou piv nebo dvou sklenek vína plod není nijak ohrožen. Vyšší dávky ale mohou způsobit růstovou retardaci nebo nerovnoměrný rozvoj CNS. Vavřínková (2006)



Obrázek č. 2 – změny obličeje způsobené FAS (Vavřínková 2006)

6.4.9 KOFEIN

Kofein, zejména obsažený v kávě patří mezi konzumované látky u těhotných žen. Žádná studie neprokázala vážné poškození plodu způsobené užívání kofeinu během těhotenství. Za škodlivou dávku kofeinu se považuje konzumace 6 – 8 šálků denně.

6.5 KAZUISTIKA Č. 3

Žena užívající pravidelně pervitin otěhotněla se svým přítelem. Po čtvrt roce teprve zjistila, v jakém se octla stavu, už nebyl možný potrat, žena ani na potrat neměla peníze. I přes těhotenství stále užívala pervitin a nezajímala se o to, co bude s dítětem, o tom, že by jej nedala do adopce ani neuvažovala a že by šla kvůli dítěti do léčby taky ne. Pracovníci K-centra ji motivovali k mateřství. Sháněli ji oblečení a pomůcky pro dítě i matku. Vše dopadlo tak, že v době porodu se nechala odvést do porodnice a dítě dala k adopci a pokračovala v závislosti.

7 INTERVENCE A LÉČBA

7.1 INTERVENCE

Intervence je opatření, kterými se reaguje na zvýšené riziko zdravotního či sociálního selhání. (Nešpor, 1999)

Pro léčbu drogové závislosti je k dispozici spousta nejrůznějších škál. Nejčastěji se psychosociální intervence uplatňuje v kombinaci farmakologickou léčbou. Která vede k jistému zlepšení stavu závislého. Doba léčby je klíčovým bodem a je individuální, bylo však zjištěno, že nejlepší výsledky léčby byly v době nejméně tří měsíců při sezení alespoň jedenkrát týdně.

7.1.1 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Tato psychosociální intervence usiluje o změnu kognitivních funkcí, názorů a chování. Obsahem jsou názorná cvičení jak zvládat chuť na drogu a monitorování zdravotních problémů způsobené drogou. Dalším cílem je prevence porušení abstinence a tím vyhýbání se rizikovým situacím a dovednost nátlak zvládnout.

Výsledky této terapie jsou nejúčinnější u pacientů trpící závislostí v kombinaci s duševní poruchou. Z výzkumu tato terapie byla nejúčinnější u uživatelů kokainu.

Kognitivně-behaviorální terapie má dle Klebera (2006) dlouhodobé výsledky v poklesu zpětného užívání kokainu po léčbě, je efektivnější z hlediska dlouhodobé léčby než jiné psychosociální intervence. Součástí programu jsou i domácí úkoly, které úzce souviselo s udržení léčby a mělo úspěch i ve zvládnání dovedností. V australské studii vyšlo najevo, že se pacientům zlepšily somatické symptomy, úzkosti deprese a síla k odmítání drogy.

Je prokázáno, že účinky této terapie mohou být trvalejší, než u psychoterapie

7.1.2 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

Tato terapie čerpá z poznatku kognitivně-behaviorální terapie a byla vyvinuta Millerem a Rollnickem v roce 1991. Cílem je zaměření na motivaci ke změně, a to v problémovém chování. Vytváří empatii a podporu sebeúčinnosti. Je často používána jako krátkodobá intervence.

Americká studie zkoumala dvě skupiny účastníků v této terapii. První skupina měla pouze dvě sezení, druhá měla devět sezení, kognitivně-behaviorální terapii a vedení případu. Obě dvě skupiny měly po čase stejný počet sezení a prokázalo se, že skupina dříve s devíti sezeními měla větší úspěchy než skupina, i počty problému s konopím klesly. Ale skupina s dvěma sezeními dosáhla lepších výsledků v oblasti zvládaných dovedností.

Motivační terapie může být užitečná i jako jednorázová intervence.

7.1.3 POSILOVÁNÍ KOMUNITNÍCH VAZEB

Vychází z části z metod Kognitivně-behaviorální terapie. Při posilování komunitních vazeb je při této terapii důležitým článkem působení prostředí, hlavně rodiny, zájmů, práce a vrstevníků, mnohdy se terapie kombinuje s programem, který je založen na odměňování a pobídkovými programy a zpětné vazby.

Nejčastěji využívaná k léčbě kokainu.

7.1.4 CONTINGENCY MANAGEMENT

Contingency management je založen na behaviorálním přístupu, v programu spočívá cíl v tom, že tzv. „odměny“ se udělují těm, co mají stále negativní výsledky moči pro posílení

abstinenčního chování. „Odměny“ jsou realizovány formou cen nebo kupónů, za kupón jsou určité privilegia v léčbě.

Bylo zjištěno, že tato forma terapie je efektivní v minimalizaci užívání drog a udržení v léčbě. Výsledky těchto účinků bývají zpravidla ale jen krátkodobé.

Je dokázáno, že contingency management v kombinaci s farmakoterapií pomáhá v setrvání a dokončení léčby při závislosti na opioidech.

7.1.5 CUE EXPOSURE THERAPY

Princip této terapie je založen na teorii učení, kdy je pacient vystavován působení podnětů a spouštěčů připomínajících užívání návykové látky, například u drogově závislých užívajících látku injekčně se používá pohled na injekční stříkačku a kontroluje reakci a změnu odezvy. Určitá studie dokazuje vyšší výskyt počtu případů, kdy pacienti propadli relapsu a tím i ukončení léčby.

7.1.6 PSYCHODINAMICKÉ A INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE

Psychodynamická terapie je původem psychoanalytická a řeší otázky konfliktů, problémových situací a vztahy. Významným prvkem v této terapii je vztah pacienta s terapeutem.

Interpersonální terapie je zaměřena na vztahy a otázky týkající se řešení interpersonálních problémů.

Při klinické studii byla tato terapie porovnávána s kognitivně-behaviorální terapií, byly zjištěny lepší výsledky u kognitivně-behaviorální terapie. (Kleber, 2006)

Součástí je psychoanalýza

7.1.7 PORADENSTVÍ

Poradenství je intervence zaměřená konkrétně na klienta a cílem je překonávání problémů klienta.

Ve spojených státech bylo poradenství založeno na 12krocích při skupinové terapii i individuální terapii.

Poradenství je užitečné při dosažení zdržlivějšího užívání látky.

7.1.8 SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ

Studie asociace Národní institut pro drogy a zneužívání drog v USA porovnávala čtyři druhy poradenství. Skupinové poradenství, kognitivní psychoterapii, skupinové poradenství s individuálním poradenstvím, skupinové poradenství s kognitivní psychoterapií a skupinové poradenství s expresivní psychoterapií. (UNODC, 2002) Nejúspěšnější terapií bylo skupinkové a individuální poradenství a to ve snížení užívání návykové látky. Další kombinace terapií měla vzájemně podobné výsledky.

7.1.9 PROGRAM DVANÁCTI KROKŮ A DALŠÍ SVÉPOMOCNÉ INTERVENCE

Program dvanácti kroků je jedním z nejstarších programů v Evropě.

7.1.10 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY A DALŠÍ TYPY POBYTOVÉ LÉČBY

Tato terapie vychází z přístupu pobytové léčby původem z USA. Cílem je udržení abstinence za pomoci psychoterapie, ergoterapie a dalších terapeutických technik.

7.1.11 DALŠÍ SKUPINOVÉ A RODINNÉ TERAPIE

7.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI

V centrech pro léčbu závislostí je mnoho odborníků, kteří pomohou lidem, jež nevědí, jak se závislosti zbavit.

7.2.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Součástí ambulantní péče je individuální a skupinové poradenství, farmakoterapie a substituční léčba, která je důležitou součástí léčby pro aktivní uživatele drog. Substituční léčba se nepodává jen nitrožilně, aby tlumily abstinenci příznaky a umožňovaly plnohodnotný život.

7.2.2 DETOXIKACE A DETOXIFIKACE

Detoxikace je proces vylučování škodlivých látek z organismu lékařskými postupy.

Detoxifikace je proces při přítomnosti abstinenci příznaků, kdy je tělo zbavováno škodlivých látek způsobené konzumací drog. Detoxifikace pomáhá překonat nepříjemné abstinenci příznaky, trvá nejméně 5-10dní při lékařských postupech.

7.2.3 STŘEDNĚDOBÁ LÉČBA

Tato léčba trvá 24hodin denně většinou po dobu 3 měsíců. Klient se po dobu léčby učí hygienickým, stravovacím a pracovním návykům. V průběhu léčby se dostává do konfrontace se sebou samým, rodinou i závislostí.

7.2.4 RESOCIALIZOVANÁ LÉČBA

V této léčbě je kladen důraz na resocializaci a zpětnou integraci drogově závislých. Kde klient prochází několika fázemi:

A. ADAPTAČNĚ-MOTIVAČNÍ FÁZE

V této fázi je klient zapojen do kolektivu, do programu, do činností a do režimu, bez kontaktu s blízkými. Většinou trvá 3-4 měsíce.

B. NÁPRAVNĚ TERAPEUTICKÁ FÁZE

Na klienta se postupně do stavu zodpovědnosti, povinností, kdy se postupně urovnávají společenské vztahy s rodinou, vyrovnává s drogou apod.

C. SOCIÁLNĚ-REHABILITAČNÍ FÁZE

Klient postupně posiluje v konfrontaci s blízkými příbuznými.

D. FÁZE ZPĚTNÉ INTEGRACE

Při této fázi se klient postupně začleňuje do běžného života. Měl by ale nadále zůstat v doléčovacím procesu a pravidelně docházet na individuální psychoterapii.

Špaleková (2011)

7.3 „HARM REDUCTION“

„Harm reduction“ neboli snižování a minimalizace škod způsobených užíváním látek ve společnosti u uživatelů, kteří nejsou motivováni ukončením závislosti. Snaží se o minimalizaci nemocí a celkové ochrany života a zdraví před nákazou HIV/AIDS, hepatitid. Dále minimalizuje tělesné komplikace, předávkování nebo ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy řadíme výměnu injekčních stříkaček a náčiní, poskytování informací a poradenství.

Marádová (2006)

Koně lze přivést k pramenu, nelze mu ale nařídít, aby pil.

České přísloví

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat zdravotní důsledky drog na plod. Díky mému bádání práci jsem došla k názoru, že užívání drog v době těhotenství dosahuje závažných až smrtelných důsledků, kdy dítě může být poznamenáno na celý život.

Důsledky intoxikace plodu v době těhotenství lze alespoň částečně zmírnit interakcí matky s dítětem. Důležité je zejména vytvoření silného emočního pouta matky k dítěti.

Další nedílnou součástí minimalizace následků užívání drog v těhotenství je včasnost vyhledání lékařské péče dodržování rad těchto odborníků. Je žádoucí vyhledat pediatra, který se zabývá danou problematikou.

V této bakalářské práci je zpracováno obecné téma drogy, dělení a historie drog, obecné téma závislosti, znaky závislosti, příčiny závislosti, specifika působení návykových látek u žen, léčba závislosti, principy léčby. Mezi další témata patří účinky drog na lidský organismus, vliv dávky na lidský organismus, prahový účinek, zpracování dávky v těle a teratogenita. V kapitole důsledků drog na těhotenství dělíme toto téma na intravenózní aplikaci, specifika prenatální péče, porod. Mezi další podkapitoly patří vliv opioidů, stimulačních drog, konopí, halucinogenů a těkavých látek na těhotenství, plod a novorozence. V této bakalářce je i definován a zahrnut abstinční syndrom novorozence, kde je i uveden článek o tomto syndromu a jeho následná léčba. Součástí kapitoly důsledků drog jsou i podkapitoly kouření, alkohol a kofein a jejich důsledky fetální tabákový syndrom a fetální alkoholový syndrom.

U Rodičů je nejdůležitější prevence. Všimát si dítěte, zajímat se o něm, získat si důvěru a vyplnit mu volný čas zajímavými koníčky. Nebýt lhostejný ke svým dětem i k druhým lidem!

Informace z této bakalářské práce by se daly zpracovat jako informační brožurky či letáky, které by byly volně dostupné v K-centrech, v ordinacích pediatrů a gynekologů. Informační materiál by byl užitečný v základních a středních školách jako preventivní výchovné opatření.

POUŽITÉ ZDROJE

CRHA, I., HRUBÁ, D. *Kouření a reprodukce*. Brno : Edice kontinuálního vzdělávání v medicíně č. 4, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.

DUPONT, R. L.: *Stopping alcohol and other drugs use before it starts: the future of prevention*. Office for Substance Abuse Prevention, Washington, 1989, s. 99.

FEBEROVÁ, V. *Aspekty prožívání těhotenství u uživatelů alkoholových a nealkoholových drog : Bakalářská práce*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta pedagogická, 2012. 34 s. 4 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Lucie Křeménková.

GANERI, A. *Drogy. Od extáze k agónii*. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80- 86299-70-8.

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada. 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

HRUBÁ, D. *Praktická gynekologie : Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu*. 2007, roč. 11, č. 3, s. 132-134. ISSN 1211-6645.

ILLNES, T. *Děti a drogy*. Praha: ISV nakladatelství, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1

IVERSEN, L. *Léky a drogy*. Praha : Dokořán. 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3

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

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády České republiky. 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

KLENEROVÁ, V., HYNIE, S. *Závislost na návykových látkách*. Praha : MŠMT ČR : 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.

KLEBER, H. Practice guideline for the treatment for patients with substance use disorders. APA : 2006.

KUBÁNEK, V. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha : Policejní akademie České republiky. 2010. 118 s. ISBN 978-80-7251-319-2.

LINHART, I. *Toxikologie : Interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha : Vydavatelství VŠCHT. 2012. 376 s. ISBN 9788070808061.

LEDECKÝ, R. *Dělení drog*. [online]. Dostupný z WWW: <<http://substitucni-lecba.cz>>

- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, 2004. 993 s. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7.
- MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha : AGAMA poly-grafický ateliér, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9
- MRAVČÍK, V., ORLÍKOVÁ, B. *Návykové látky v těhotenství. Zaostřeno na drogy*. PRAHA. 2007. 5,1-12 s. ISSN 1214-1009.
- NEŠPOR, K. CSÉMY, L.: *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 5. revidované vydání. Sportpropag, Praha 2003, s. 104.
- NEŠPOR, K., CSEMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznat, jak je zvládat*. PRAHA : BESIP. 1994. 159 s. ISBN 978-80-2603-873-3
- NEŠPOR, K. PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1999, s. 56.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál. 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. *Co by měli vědět rodiče o prevenci*. Český lékař. 2009, 89. S. 136-138
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H.: *Zásady efektivní primární prevence*. Sportpropag pro MŠMT, Praha 1999. s. 39.
- PAŘÍZEK, A. *Knihy těhotenství a porodu*. Praha : Galén. 2006. 411 s. ISBN 80-7262-411-3
- PTÁČKOVÁ, M. *Dětská práva*. [online] Dostupný z WWW: <<http://nasedite.cz>>
- RINGWALT, C., ENNETT, S. *An outcome evaluation of project DARE (Drug Abuse Resistance Education)*. Health Educ Res., 6, 1991, 3, s. 327-337

SOVÁK, M., MIOVSKÝ M. *Defektologický slovník*. 3. uprav. vydání. Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili : Tomáš Edelsberger [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.

ŠPALEKOVÁ, M., a kol. *Nástrahy dnešní doby*. Praha : Dr. Josef Raabe, s.r.o. 2011. 70 s. ISBN 978-80-87553-22-0

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

VESELÍKOVÁ, M. *Návykové látky v těhotenství, návykové chování a závislost : Bakalářská práce*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta pedagogická. 2010. 71 s. 6 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Marcela Musilová.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Adéla Šebestová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph. D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Psychosociální intervence u rodin ohrožených drogovou závislostí
Název v angličtině:	Options of psychosocial intervention for families at risk of drug addiction
Anotace práce:	Cílem mé bakalářské práce je zmapování zdravotních důsledků drog na plod. V této práci je zpracováno obecné téma drogy, závislost, návykové látky u žen, léčba závislosti, principy léčby. Mezi další témata patří účinky drog na lidský organismus, vliv dávky na lidský organismus, prahový účinek, zpracování dávky v těle a teratogenita. Obsáhlá kapitola důsledků drog na těhotenství obsahuje vliv jednotlivých drog na těhotenství, abstinční syndrom novorozence, fetální tabákový syndrom a fetální alkoholový syndrom.
Klíčová slova:	Těhotenství, drogy, závislost, fetální alkoholový syndrom, novorozenecký abstinční syndrom
Anotace v angličtině:	The aim of my thesis is to analyze the health effects of drugs on the fetus. In this paper is elaborated general topic of drugs, addiction, addictive drugs for women, addiction treatment, principles of treatment. Other topics include the effects of drugs on the human body, the impact of benefits on the human body, threshold effects, batch processing in the body and teratogenicity. Comprehensive Chapter consequences of drugs on pregnancy includes influence of drugs on pregnancy, neonatal abstinence syndrome, fetal tobacco syndrome and fetal alcohol syndrome.

Klíčová slova v angličtině:	Pregnancy, drugs, dependence, fetal Alcohol spectrum disorders, Neonatal abstinence syndrom
Přílohy vázané v práci:	Bez příloh
Rozsah práce:	52 stran
Jazyk práce:	Český jazyk