

Problematika novorozenců matek závislých na návykových látkách

Marta Hradilová

Bakalářská práce
2018

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marta Hradilová**

Osobní číslo: **H150323**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Problematika novorozenců matek závislých na návykových látkách**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zmapování dané problematiky.

Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Sestavení dotazníku a realizace výzkumného šetření.

Zpracování získaných dat a jejich interpretace.

Kritické zhodnocení výsledků a jejich praktická aplikace.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-701-3405-4.

GUPTA, Keshav K., Vinay K. GUPTA a Tomohiro SHIRASAKA. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2016, 40(8), 1594-1602. DOI: 10.1111/acer.13135. ISSN 01456008. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.13135>.

HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4829-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ. Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Králíková
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

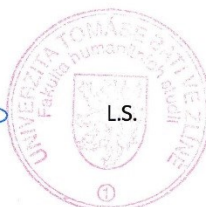
5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně **26-02-2018**

Hradilová
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporů-li autor takového díla udělit svolení bez vášněho důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

8102-00-01

ABSTRAKT

Bakalářská práce zjišťuje informovanost žen v reprodukčním věku o vlivu návykových látek na novorozence. Cílem práce je zjistit, zda ženy mají nějakou zkušenost s užíváním návykových látek a především zda znají následky, které návykové látky mohou novorozenci způsobit. Rovněž práce také prověřuje orientaci žen v dané problematice pod odbornou terminologií. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je složena z devíti kapitol. Tyto kapitoly popisují problematiku novorozenců matek závislých na návykových látkách již od samého začátku, tedy závislosti až po následky, které tyto látky na plod mohou mít. Praktická část byla vedena pomocí internetového dotazníkového šetření u žen v reprodukčním věku různých věkových kategorií.

Klíčová slova: návykové látky, informovanost, ženy v reprodukčním věku, vliv návykové látky na plod, FAS, novorozenec

ABSTRACT

The bachelor thesis examines the information of women in the reproductive age about the influence of addictive substances on the newborn. The aim of the work is to find out whether women have some experience with substance abuse and, above all, whether they know the consequences that addictive substances can newborns cause. Also, the thesis examines the orientation of women in the given subject under professional terminology. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is composed of nine chapters. These chapters describe the issue of neonatal mothers dependent on addictive substances from the very beginning, is dependence on the consequences of these substances on the fetus may have. The practical part was conducted through an internet questionnaire survey of women of reproductive age of different age categories.

Keywords: addictive substances, awareness, women of reproductive age, influence of addictive substance, FAS, newborn

Velmi bych chtěla poděkovat vedoucí Mgr. Martině Králíkové, za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad, také za ochotu, trpělivost a hlavně její podporu a čas, který mi věnovala.

Také bych ráda poděkovala všem respondentkám, které byly ochotny pomoci při dotazníkovém šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁVISLOST	12
1.1 HISTORIE.....	12
1.2 HLAVNÍ ČINITELE	12
1.2.1 Droga.....	13
1.2.2 Organismus	13
1.2.3 Prostředí	13
2 NÁVYKOVÉ LÁTKY	14
2.1 OPIÁTY A OPIOIDY	14
2.1.1 Vliv na plod a novorozence.....	14
2.2 ALKOHOL	14
2.2.1 Vliv na plod a novorozence.....	15
2.3 NIKOTIN	15
2.3.1 Vliv na plod a novorozence.....	15
2.4 STIMULAČNÍ DROGY	16
2.4.1 Vliv na plod a novorozence.....	16
2.5 HALUCINOGENY	16
2.5.1 Vliv na plod a novorozence.....	16
2.6 KANABINOIDY	17
2.6.1 Vliv na plod a novorozence.....	17
2.7 KOFEIN.....	17
2.7.1 Vliv na plod a novorozence.....	18
2.8 TĚKAVÉ LÁTKY	18
3 FETÁLNÍ ALKOHLOVÝ SYNDROM	19
3.1 KLINICKÝ OBRAZ	19
3.2 DIAGNOSTIKA	20
3.3 LÉČBA	20
3.4 PREVENCE	21
4 RŮSTOVÁ RESTRIKCE	22
5 HYPOTROFIE	23
6 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	25
7 HYPOXÉMIE, HYPOXIE, ASFYXIE	26
8 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCE	29
9 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENEC	30
9.1 HODNOCENÍ ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ	30
9.1.1 Finnegan skóre	32

9.2	DIAGNOSTIKA	34
9.3	ZÁSADY PÉČE O NOVOROZENCE	34
9.4	FARMAKOTERAPIE.....	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
10	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
10.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
10.2	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	37
10.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO OBORU	37
10.4	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
11	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
12	DISKUZE	58
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM GRAFŮ	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Problematika novorozenců matek závislých na návykových látkách je velmi obsáhlá. V dnešní době je závislost na některé z návykových látek čím dál častější, ať už mluvíme o těch méně škodlivých, které jsou pro některé denní „rutinou“ (káva, sklenice vína) nebo o těch více nebezpečných (cigarety, marihuana, tvrdé drogy). Nejčastějším důvodem pro užívání těchto návykových látek bývá tzv. „zlepšení“ psychické nálady a zabránění nepříjemného stavu. Třemi základními pilíři ovlivňující rozvoj závislosti jsou droga, člověk a prostředí. V České republice je čím dál více uživatelů některé z návykových látek včetně těhotných žen. Pro tyto matky existují různá specializovaná centra poskytující pomoc, záleží však právě na lidech, kteří se závislou komunikují, aby ji dokázali o možnosti pomoci poradit, zvedli sebevědomí závislé, získali si její důvěru a pomohli ji překonat stud a dokázali ji k potřebné pomoci nasměrovat. Ať už přímo do specializovaných center nebo především k porodním asistentkám, doktorům či psychologům. Zde je mezioborová spolupráce velmi potřebná. V teoretické části své bakalářské práce se zaměřuji na různé návykové látky a jejich vliv na plod, novorozence a následný vývoj dítěte. Teorie je rozdělena do devíti kapitol, ve kterých jsou podrobněji popsány nejčastější následky těchto látek. Těžko řadit podle důležitosti či nebezpečnosti. Je důležité si uvědomit, že tyto následky spolu často navzájem souvisí a projev jednoho z těchto následků může často přejít do následku druhého. Proto je důležité si těchto projevů u novorozence důkladně všimnout. Na porodní asistentky a lékaře jsou v těchto situacích kladeny velmi vysoké nároky ať již v rozpoznání daného problému, pečlivého pozorování matky a novorozence, hledání nejvhodnějšího řešení aktuálně vzniklé situace, správné léčby, vhodné komunikace a mnohého dalšího. Musíme brát v potaz to, že novorozenec nám neřekne, co jej bolí a trápí. Proto je důležitá dobrá spolupráce s rodičkou. Tyto ženy jsou často v tíživých životních situacích a jedním z hlavních problémů je jejich stud. Proto právě na porodních asistentkách, jakožto nejčastěji prvních osobách, se kterými se rodičky setkají, visí velká zodpovědnost. V praktické části bakalářské práce zjišťuji povědomost žen v reprodukčním věku různých věkových kategorií o problematice matek novorozenců závislých na návykových látkách. Otázky směřovaly jak obecně, tak ke konkrétním návykovým látkám a jejich důsledkům v užívání. Dotazníkovým šetřením bylo prokázáno, že respondentky nejsou v těchto oblastech dostatečně informované.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

Podle expertů Světové zdravotnické organizace lze závislost definovat jako psychický a fyzický stav doprovázený změnami v chování a následnými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání drogu opakovaně užít (Vavřínková a Binder, 2006, str. 13).

O závislosti jako diagnóze mluvíme tehdy, zdali během jednoho roku došlo ke třem, či více jevům jako jsou silná touha, zanedbání jiných potěšení a zájmů, potíže v sebeovládání, tělesnému odvykacímu stavu a následnému užívání přes vědomost škodlivých následků (Nešpor, 2007, str. 10).

Stav drogové závislosti je již několik let řazen mezi chronická onemocnění CNS. Závislosti jsou tedy považovány za onemocnění, která je možná diagnostikovat. Je třeba je léčit a především jim předcházet (Vavřínková a Binder, 2006, str. 14).

1.1 Historie

Historie užívání návykových látek je velmi stará. První doložitelné záznamy o užívání nacházíme na území starodávné Mezopotámie (8000-5000 let př. n. l.) a ve starém Egyptě (14. století př. n. l.). Jednalo se o konzumaci makové šťávy. Mák se pěstoval na velkých plochách a byl z něj vyráběn „božský lék“ proti bolesti - opium. Jednou z nejstarších kulturních rostlin je konopí. Zhruba před pěti tisíci lety bylo konopí považováno za lék proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím. O účincích listů keře *Erythoxylon coca* vědí v Jižní Americe již dávno. Podle starých indiánských legend měl „božský list“ zarmoucené rozveselit, vyčerpané posílit a hladové nasytit. Drogy byly užívány nejdříve pro jejich léčebné účinky, později i pro účinky omamně. Dávní předci přistupovali k látkám s úctou a respektem. Později díky rozvoji farmaceutického průmyslu dochází k rozšiřování, ale zároveň také ke zneužívání drog. Stoupá počet drogově závislých a od počátku 20. století se společnost rozhodla drogy rozdělit na legální a nelegální. Výroba nelegálních drog je trestána. Přesto však ve světě počet závislých stále stoupá (Vavřínková a Binder, 2006, str. 12,13).

1.2 Hlavní činitelé

Příčin závislostí může být mnoho. Proto je až nemožné tvrdit, že někdo konkrétní příčinu objevil. Ke zjišťování příčin nám slouží diagnostické pomůcky jako například screeningový dotazník R. E. Tartera (Nešpor, 2007, str. 50).

Hlavními činiteli ovlivňujícími vznik závislosti jsou droga, organismus a prostředí. Závislost je třeba brát komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, při kterém se všechny tyto faktory navzájem doplňují, prolínají a sjednocují (Vavřínková a Binder, 2006, str. 14).

1.2.1 Droga

Slovo droga pochází z arabského slova „durana“ neboli léčivo. Z čehož vyplývá, že hlavním účelem této látky byla výroba léků. Pokud mluvíme o psychoaktivní droze, jedná se o látku, která ovlivňuje psychiku a tato droga je převážně nelegální, škodlivá a především státem omezovaná (Mahdalíčková, 2014, str. 10).

1.2.2 Organismus

Jsou prokázány osobnostní a genetické predispozice k závislostem. Mezi závislými nejčastěji nacházíme zvědavé lidi, kteří rádi experimentují a nebojí se riskovat. Tito lidé užívají drogu především za účelem nového prožitku. Některé studie dokazují, že ženy jsou vlivem hormonů na drogy citlivější než muži. Zároveň také ale lépe a rychleji reagují na léčbu (Vavřínková a Binder, 2006, str. 16).

1.2.3 Prostředí

Užívání návykových látek značně ovlivňuje prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije. Zároveň také úzce souvisí se získanými zkušenostmi, psychikou a současným zdravotním stavem jedince (Drogy, 2007, str. 18).

2 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Pokud žena užívá návykové látky během těhotenství nebo jakékoliv léky, které vyvolávají závislost, ohrožuje nejenom svůj zdravotní stav, ale také stav svého dítěte. Může tak dojít k poškození plodu jak dočasnému, tak trvalému. Dlouhodobé užívání vede u žen často k podvýživě, chudokrevnosti, infekci, poškození orgánů a nedostatku vitamínů, což způsobuje komplikace během těhotenství a při porodu. Jsou to komplikace ohrožující stav plodu a jeho následný vývoj (Velemínský a Žižková, 2008, str. 36).

2.1 Opiáty a opioidy

Do této skupiny patří morfin, heroin, metadon, ketogan, buprenorfin a petidin. Jejich patofyziologické účinky na těhotnou jsou jen mírné. Dochází ke snížení hypotalamické sekrece ovlivňující sekreci luteinizačního hormonu, adrenokortikotropního hormonu a testosteronu. Závažnější jsou však následky intravenózní aplikace. Je zde prokázána zvýšená incidence infekčních chorob (HIV, TBC, bakteriální pneumonie, hepatitida typu C) a sexuálně přenosných nákaz (Roztočil, 2017, str. 352).

2.1.1 Vliv na plod a novorozence

Heroin rychle proniká placentou a do tkání plodu se dostává do 1 hodiny od jeho aplikace. Způsobuje změny na placentě a tím rozvoj placentární insuficience. Důsledkem placentární insuficience se pak plod rodí s intrauterinní růstovou restrikcí. U plodu se také vlivem působení návykových látek projevuje neuropsychická abnormalita tzv. abstinční syndrom novorozence, obvykle 48-72 hodin po porodu (Roztočil, 2017, str. 352).

2.2 Alkohol

Alkohol je často považován za nejvíce nebezpečnou drogu, především pro jeho vliv na zdraví dítěte. Současně s nikotinem je nejrozšířenější a nejčastěji konzumovaný. Je běžnou součástí našich sociálních životů, společnosti a kultury. Je všeobecně známo, že působí škodlivě na různé orgány. Především pak na mozek, játra a nervový systém. Jeho užívání v těhotenství však může nezvratně poškodit plod. Zatím není známá nejnižší dávka alkoholu, která způsobuje poškození. Proto i běžná společenská spotřeba může představovat nebezpečí (Velemínský a Žižková, 2008, str. 36).

2.2.1 Vliv na plod a novorozence

Při užívání alkoholu hrozí velké riziko vzniku vrozených vývojových vad. Alkohol je zároveň považován za nejčastější příčinu mentální retardace. Dostává se k plodu přes placentu, krev plodu tak obsahuje stejné množství alkoholu jako krev matky. Způsobuje zároveň špatný vývoj orgánů, malformace těla a obličeje, brání správnému růstu a poškozuje mozek (Velemínský a Žižková, 2008, str. 37).

Dalšími negativními následky jsou fetální hypoglykemie, pokles hladiny hormonů štítné žlázy a zásob glykogenu v játrech. Určit množství alkoholu, které způsobuje fetální alkoholový syndrom, je velmi obtížné. Je prokázáno, že například dvě sklenice piva nebo vína nemají na plod žádné nežádoucí účinky. Vyšší dávky již však vedou k intrauterinní růstové restrikci a k rozvoji FAS. Na druhou stranu nelze určit univerzální bezpečnou dávku a u některých nelze vyloučit škodlivost i při užití nižších dávek (Bindera Vavřínková, 2011, str. 139).

2.3 Nikotin

Nikotin je silně toxická látka obsažena v tabáku. Užívání této psychotropní látky v souvislosti s návazností tabáků mohou končit až smrtí (smrtná dávka je přibližně 80g nikotinu). Kouř, který kuřáci vdechují, obsahuje ale i další chemické sloučeniny (benzen, dehet, oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd) tzv. karcinogeny způsobující rakovinové bujení. Obsažený oxid uhelnatý má za důsledek až 15% deficit kyslíku v organismu. Po užití velmi vysoké dávky pak dochází ke změně vědomí, zvýšenému tepu, cyanóze, pocení až ke ztrátě vědomí doprovázenou křečemi. Časté užívání poškozuje centrální nervový systém (Drogy, 2007, str. 142,143,144).

2.3.1 Vliv na plod a novorozence

Následkem užívání je zúžení cév v cévním řečišti, tedy i v placentě. Plod je vystaven inzultům přechodné hypoxie, která v souvislosti s dlouhodobým užíváním může přejít v hypoxii chronickou. Dochází tak k nižší porodní hmotnosti až rozvoji intrauterinní růstové restrikce. Děti kuřáček mohou také v následujícím vývoji trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, zhoršeným prospěchem ve studiu a behaviorálními problémy. Nejvíce je dítě ohroženo tzv. syndromem náhlého úmrtí (Hájek, 2004, str. 229).

2.4 Stimulační drogy

Tyto látky fungují na principu celkové stimulace. Hlavním cílem je zvýšení celkové psychické i fyzické výkonnosti, odstranění únavy, euforizace, zvýšení empatie a především uvolnění zábran. Nejznámějšími zástupci stimulancí jsou kokain a pervitin (metamfetamin) (Binder a Vavřínková, 2011, str. 134).

2.4.1 Vliv na plod a novorozence

Je dokázáno, že novorozenci, vystavené účinkům stimulačních drog se rodí s nízkou porodní hmotností, menším obvodem hlavičky, kratšími dolními končetinami a je zde poměrně vysoké riziko výskytu různých defektů (především močového a pohlavního ústrojí). Po porodu mají novorozenci často nižší skóre v neonatálním hodnocení ve srovnání s dětmi, které nebyly vystaveny drogové expozici. Novorozenci také často vykazují známky akutního abstinčního syndromu, který se projevuje se zvýšeným svalovým napětím, křečemi, apnoickými pauzami, zrychlenými reflexy a průjmy. Abstinční může být doprovázen třesem, poruchami spánku a abnormálním EEG záznamem. V pozdním věku (15 měsíců) byl prokázán také problém v citových vazbách (narušení vztahu) nezávisle na poskytovateli péče (matka, pěstouni, příbuzní) (Binder a Vavřínková, 2011, str. 134,135).

2.5 Halucinogeny

Jde o skupinu látek ovlivňující vnímání jedince. Tyto změny jsou schopné vyvolávat toxické halucinatorní psychózy, proto byly dříve spojovány s různými náboženskými rituály. U halucinogenních látek nedochází k abstinčnímu syndromu a téměř nedochází k žádným typickým fyzickým poškozením v organismu. Nejznámějším zástupcem této skupiny je LSD – lysergamid, tj. derivát kyseliny lysergové. U nás obsažený v houbách s halucinogenními účinky (lysohlávky) (Roztočil, 2017, str. 353).

2.5.1 Vliv na plod a novorozence

U těhotných je užívání těchto látek neobvyklé a ojedinělé. Vliv na plod a novorozence je zatím nepříliš prozkoumaný. Byly popsány různé chromozomální aberace a vrozené vývojové vady, nicméně tyto ženy užívaly i jiné drogy, takže jejich příčinnost nebyla zcela potvrzena. Obecně mají děti podobné následky jako děti vystavené účinkům kokainu. Byla také zjištěna incidence prematurity, intrauterinní růstové restrikce a abrupce placenty.

Abstinenční syndrom se projevuje poruchou v příjmu potravy, poruchami spánku, zvýšeným svalovým napětím a třesem (Binder a Vavřínková, 2011, str. 136,137).

2.6 Kanabinoidy

Typicky hlavním zástupcem je konopí. Konopí ovlivňuje přes kanabinoidní receptory řadu tělních systémů, především systém reprodukční. Každý člověk má funkční endogenní kanabinoidní systém v celém pohlavním ústrojí. U žen tento systém zahrnuje endometrium a vaječníky. U mužů varlata, nadvarlata, prostatu a spermie. Přes to, že kanabinoidy mohou pohlavní trakt ovlivnit přímo, značný vliv má zasažený hypotalamus, hypofýza a gonády, protože ty mají za úkol kontrolu sekrece pohlavních hormonů. Kanabinoidní receptory se nacházejí v hypotalamu a hypofýze a podílejí se na tvorbě pohlavních hormonů (FSH, LH) (Miovský, 2008, str. 347,348).

2.6.1 Vliv na plod a novorozence

Všechny látky prostupují hematoencefalickou bariérou. V těhotenství procházejí placentou a vstupují do krevního oběhu plodu. Koncentrace THC v krvi plodu je závislá na způsobu užití látky matkou. Vývojové studie prokázaly, že po perorální aplikaci je koncentrace THC v krvi plodu podstatně menší než po aplikaci THC intravenózní či inhalační formy. Kromě THC zde hrají velkou roli také složky kouře, především pak oxid uhelnatý. Ten způsobuje snížení obsahu kyslíku v tkáních matky i plodu. Studie na zvířatech prokázaly teratogenní účinek a doložily důkazy o THC toxicitě na embryo. Plod je vystaven riziku růstové restrikce v důsledku chronické hypoxie, chromozomální aberace a různým druhům malformace (rozštěp rtu, VVV) (Miovský, 2008, str. 351).

2.7 Kofein

Kofein ovlivňuje funkci respiračního, kardiovaskulárního, nervového a renálního systému. Patří mezi nejvíce užívané a nejvíce rozšířené stimulanty ve světě. Zdrojů kofeinu je hned několik. Je obsažen v kávových a kakaových bobech, bobulích guarany, listech čajovníku a mnoha dalších. Metabolismus kofeinu probíhá v játrech a podílí se na něm mnoho enzymatických systémů. Je užívaný především pro své pozitivní účinky jako například zmírnění únavy, zlepšení koncentrace a paměti, diuretickému účinku, zrychlení psychomotoriky či lepšímu využití tuku v organismu. Má ovšem i negativní účinky jako například zvýšení krevního tlaku, nevolnost, úzkost, třes nebo neschopnost se soustředit.

CO se závislosti týče, patří kofein mezi nejméně návykové látky. Přesto však jeho nadměrné užívání může způsobit závislost. V případě snížení dávek nebo v případě vysazení kofeinu po dlouhodobém užívání může dojít k tzv. abstinčním příznakům, jako jsou podrážděnost a únava. Odeznívají okolo 2 až 3 dnů. Za bezpečnou dávku je považováno asi 300mg kofeinu což odpovídá zhruba 3 šálkům kávy (Kofein, 2018).

2.7.1 Vliv na plod a novorozence

Mezi negativní účinky kofeinu patří zvýšené vylučování vápníku močí, to může mít za následek omezený přísun vápníku k dítěti. Nadměrné nebo dlouhodobé užívání kofeinu může také snížit schopnost vstřebávání železa, což může u matky i u dítěte způsobit chudokrevnost. Kofein je vylučován mateřským mlékem, proto působí i na novorozence. Novorozenec pak může trpět nespavostí a neklidem. Avšak mnohá studie prováděná například v Německu, Dánsku nebo Kanadě potvrdili, že užívání přiměřeného množství kofeinu (200-300mg) nemá žádný negativní vliv (Přiměřené množství kofeinu v těhotenství neškodí, 2015).

2.8 Těkavé látky

Do skupiny těkavých látek řadíme organická rozpouštědla, která se nejčastěji užívají v inhalační formě. Hlavním představitelem této skupiny je toluen. Toluén je látka silně poškozující všechny tkáně, se kterými přijde do styku – především dýchací cesty, mozek a játra. Pro nepřesnost v dávkování snadno způsobí předávkování a následně smrt. Vdechování toluenu oslovuje mladší věkové skupiny především díky své dobré cenové dostupnosti. U těhotných se jedná o velmi vzácné případy s nebezpečnými zdravotními dopady pro matku i plod (Hájek, 2004).

3 FETÁLNÍ ALKOHLOVÝ SYNDROM

Alkohol je velmi nebezpečný teratogen, který svým účinkem na plod může způsobit fyzické a psychické změny. Zvýšená expozice plodu alkoholem a trvalý příjem alkoholu v kterémkoliv trimestru těhotenství, znamená pro plod zvýšenou pravděpodobnost vzniku fetálního alkoholového syndromu. Mezi rizikové faktory patří genetické vlivy, socioekonomická situace, charakter matek a abúzus návykových látek jak matek samotných, tak zároveň chronické užívání alkoholu ze strany partnera (poškozené spermie) (Gupta, Gupta a Shirasaka, 2016).

Studie na zvířatech a klinické studie dokázaly, že etanol prochází placentou, rychle přechází do fetálního oběhu a kumuluje se v plodové vodě. To způsobuje neustálé vystavení plodu etanolu (Gupta, Gupta a Shirasaka, 2016).

3.1 Klinický obraz

Mezi typické projevy v souvislosti s obličejem patří charakteristické rysy v obličejí, malý vzrůst a poškození mozku. U obličejí pozorujeme krátké oční štěrby, kožní řasu z vnitřní strany očního koutku, větší vzdálenost mezi očima, plochý nos, chybějící rýhu mezi nosem a horním rtem nebo prohloubeninu horního rtu, malou směrem dozadu ustupující bradu, poměrně nízko umístěné uši. U některých můžeme pozorovat všechny typické projevy, u jiných jen některé. Pro správnou diagnostiku musí mít dítě alespoň dva z uvedených znaků. Dalším projevem bývá poškození mozku. Poškození mozku se projevuje neurologickými příznaky. U některých dětí se projeví ihned po porodu a to neobvyklými reakcemi a neobvyklým chováním, u některých se projeví v pozdějším věku například opožděným psychomotorickým vývojem, dítě pomaleji roste, má problémy s učením a soustředěním, je těžké udržet jeho pozornost a pozorujeme narušené vnímání se známkami mentální či intelektuální retardace. Přibližně polovina dětí je také postižena vrozenou deformací orgánů (rty, končetiny, srdce, močové a pohlavní ústrojí). U některých dochází ke špatnému vývoji očního nervu v souvislosti s deformací očního pozadí (Velemínský a Žižková, 2008, str. 37,38).

Nedávno jedna skupina výzkumníků dokázala, že poruchy spánku, byly také jedním ze znaků FAS, jak u zvířecích modelů, tak u lidí. Myši, které spaly lépe a dále, ať už trpí zneužíváním alkoholu nebo ne, mají mnohem lepší funkci mozku než ty, která spí méně a nekvalitně (Lithium Compounds - Lithium Chlorid, 2017).

3.2 Diagnostika

Diagnostika FAS je velmi složitá. Základem je dobře zjištěná a pravdivá anamnéza, tu je však z různých důvodů kolikrát těžké odhalit. Jedním z důvodů je, že matky užívání návykové látky zpochybňují, protože mají pocit, že by si nějakým způsobem mohly narušit důvěru zdravotního personálu. Dalším důvodem pak může být stydlivost za svou sociální situaci (Landgraf et al., 2013).

FAS je často diagnostikován později během dospívání v souvislosti s poruchami učení a poruchami pozornosti. Cílem je minimalizovat dopad a předcházet sekundárním poškozením. Poškození FAS se projevuje změnami struktur mozku (corpus callosum). Změny jsou pozorovány pomocí MR. Základními prvky určující správnou diagnostiku, je přítomnost obličejových abnormalit, dokumentace růstových deficitů, projevy abnormalit centrální nervové soustavy a potvrzená anamnéza o expozici alkoholu (Court, 2007).

3.3 Léčba

Podle nejaktuálnějších studií z 23. prosince roku 2017 a podle experimentů prováděných na myších je dokázáno, že jedna dávka chloridu lithného, který se běžně užívá k léčbě bipolárních onemocnění, současně blokuje poruchy spánku, problémy v učení a ztrátu paměti spojenou s fetálním alkoholovým syndromem. Newyorský profesor Wilson, působící na NYU Langone Health však varuje před toxicitou orgánů způsobenou lithiem ohrožující matku i plod. Proto by další experimenty musely být prováděny pod velmi přísným dohledem (Lithium Compounds - Lithium Chlorid, 2017).

FAS je nevyléčitelný, je možné léčit pouze příznaky, které FAS způsobil. Čím dříve je FAS diagnostikován, tím lépe můžeme příznaky léčit a tím, lepší bude prognóza. Důležité je stabilní a milující domácí zázemí. Je vhodné dítě odměňovat za pozitivní chování, jelikož tyto děti mají sklony k násilí a v budoucnu k zneužívání návykových látek. Žádné léky, které by mohly FAS vyléčit neexistují, jsou však léky podpůrné. Řadí se k nim antidepressiva, která mají vliv na smutek a negativitu, stimulancia pro léčbu hyperaktivity a různých problémů v chování, neuroleptika pro léčbu agrese či anxiolytika pro léčbu úzkosti. Je dobré dítěti v budoucnu věnovat zvýšenou pozornost a dostatek času pro tak zvaný behaviorální trénink. Ten obnáší například přípravu na různé interakce se svými vrstevníky. Zlepšujeme tak sebeovládání, uvažování a dovednosti dítěte. Je možné

využít také alternativní léčbu ve zdravotnických zařízeních pomocí různých masáží, akupunktury, cvičení nebo jógy (Fetal Alcohol Syndrome, 2015).

3.4 Prevence

FAS může být zabráněno, především zdrženlivostí v užívání alkoholu v těhotenství. Lékařský ústav Národní akademie popisuje tři hlavní strategie prevence (R. Hankin Ph.D., 2002).

1. Univerzální prevence

Pokus o vzdělání široké veřejnosti. Kladen důraz na rizika užívání alkoholu během těhotenství. Tato prevence je zaměřena na ženy těhotné a ženy ve fertilním věku. Informování zprostředkované pomocí různých billboardů, letáků, brožur apod.

2. Selektivní prevence

Jedná se o intervence poskytované ženám, u nichž, je riziko ohrožení plodu FAS nebo o ženy konzumující alkohol ve fertilním věku. Hlavním cílem je screening všech těhotných žen užívajících alkohol, doporučení vhodného poradenství a v případě rizika doporučení o podstoupení specializované léčby.

3. Prevence spolu se stanovením léčebného postupu

Soubor opatření zaměřený na ženy s vysokým rizikem, včetně žen, které v minulosti užívaly alkohol v těhotenství. Tato úroveň prevence zahrnuje léčbu těhotných žen nebo žen, které pravděpodobně otěhotní (R. Hankin Ph.D., 2002).

4 RŮSTOVÁ RESTRIKCE

Jedním z následků užívání návykových látek pro plod je růstová restrikce plodu v odborné terminologii pod zkratkou IUGR („Intrauterine growth restriction“). Bývá popisována jako neoptimální růst plodu. Nejčastěji tak bývá definován plod s váhou pod 10. percentilem příslušného gestačního stáří. Podle základní terminologie je IUGR rozdělena do tří skupin. První skupinou jsou plody FGR (Fetal growth restriction). Mluvíme o plodech nedostatečného růstu, přesněji všechny plody s hmotností pod již zmíněný 10. percentil. Ve druhé skupině jde o plody konstitučně malé SGA (Small for gestational age), tvoří ji přibližně 70% plodů FGR. To, že jsou malé, ovlivňuje kromě genetických faktorů parita, výška, hmotnost a další faktory včetně abúzu návykových látek. Třetí skupinu tvoří již výše zmiňovaná IUGR. Mluvíme o plodech, které jsou nitroděložně růstově retardované. Existuje mnoho etiologických příčin takové hypotrofie, nejčastěji se však jedná o poruchu placentace. Plody mají významně zvýšenou perinatální mortalitu a morbiditu (Procházka et al., 2016, str. 167).

5 HYPOTROFIE

V souvislosti s IUGR je definována jako časná (early onset IUGR) nebo pozdní (late onset IUGR) forma hypotrofie. O časně hovoříme tehdy, je-li popisována nástupem IUGR před 34. gestačním týdnem. Typicky zaostává nejdříve v růstu břicho (AC), je zde vysoký stupeň placentární dysfunkce a kardiovaskulární adaptace plodu se výrazně projevuje ve změnách dopplerovských ultrazvukových parametrů. Hrozí zde vysoké riziko mortality a morbidit novorozenců. Pozdní forma se projevuje po 34. gestačním týdnu. Nemusí se projevit typickými změnami parametrů. Může být doprovázena sníženým množstvím plodové vody nebo změnami v umbilikálních tepnách. Diagnostika je ztížena kvůli zvýšenému výskytu SGA po 34. týdnu gestace a díky těžkému až nemožnému odlišení SGA od IUGR. Mortalita je v této situaci nízká, ale naopak stoupá riziko neurologického handicapu v pozdějším vývoji (Procházka et al., 2016, str. 168).

Hypotrofickým plodem je označován plod velikostně menší, než odpovídá jeho gestačnímu věku. Zpravidla je pro něj charakteristická relativně větší hlava a vrásčitá kůže připomínající stařecký vzhled. Kůže se také často olupuje. Na rozdíl od nezralého plodu má hypotrofický plod skoro všechny znaky zralého novorozence včetně míry, váhy, množství podkožního tuku apod. I jeho vitální známky jsou rovnocenné plodu zralému (Kudela, 2008, str. 257).

Při diagnostice hypotrofie je nutno zhodnotit její typ. Při růstové restrikci ve třetím trimestru se mluví o tzv. „asymetrickém typu“. Novorozenci jsou „hubení a dlouzí“. Při růstové restrikci před třetím trimestrem gravidity se popisuje tzv. symetrický typ. Plod je malý ve všech třech složkách (hmotnost, délka, obvod hlavy). Poporodní adaptace plicní funkce a krevního oběhu není nijak narušena. Podkožní tuková vrstva není dotvořena nebo úplně chybí. Dalšími klinickými projevy u hypotrofického novorozence jsou metabolické komplikace (hypokalcémie, hypoglykémie, hypomagezemie), poruchy termoregulace, hematologické komplikace (polycytemie). Pokud je příčinou hypotrofie kongenitální infekce, mohou být patrné projevy na kůži novorozence (exantém, petechie až orgánové změny). Péče o novorozence je založena na dostatečném přívodu živin a minerálů parenterálně, časná enterální výživě a upravení odchylek vnitřního prostředí. Dlouhodobá prognóza může být zapříčiněna poškozením mozku chronickou hypoxií. V domácí péči je nutné dlouhodobé sledování růstu a vývoje. Pokud přetrvává odchylka růstu pod 3. percentilem růstového grafu ve dvou letech věku, je doporučeno

endokrinologické vyšetření, popřípadě podávání růstového hormonu (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, str. 41,42).

6 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Pokud mluvíme o nedonošeném novorozenci, jedná se o novorozence, narozeného před ukončeným 38. týdnem gravidity s hmotností méně než 2500g. Příčin může být hned několik a často ani příčinu nemusíme zjistit. Stupeň zralosti novorozence vyjadřuje, jak je po narození vyvinutý a jak fungují jeho jednotlivé orgány mimo matku. Zralost bývá vyjádřena vzhledem ke gestačnímu stáří plodu. U gestačně mladšího novorozence, můžeme nezralost předpokládat. Vždy posuzujeme gestační věk současně s hmotností novorozence. Nezralost bývá spojována nejčastěji s porody vícerodiček. Mohou také nezralost ovlivnit přidružené onemocnění matky jako například různá srdeční onemocnění, podvýživa, diabetes mellitus, hypertenze a podobně. Příčina může být také v placentární isuficienci ať už mluvíme o abrupci placenty nebo placentě praevia. Studie dokazují, že velký vliv hraje abúzus návykových látek. U nedonošeného novorozence můžeme předpokládat možnost vzniku další problémů jako je respirační tíseň (nezralá plicní tkáň, chybění surfaktantu) hypotermie (nedostatečná termoregulace, absence ochranné vrstvy podkožního tuku sloužící jako tepelná izolace), hypotenze (nepřipravenost na porodní stres ve spojitosti s vysokou krevní ztrátou), hypoglykémie a hypokalcémie (malé zásoby, nejvíce přenáší placenta ve III. Trimestru), anémie (urychlený rozpad červených krvinek v kombinaci s přechodně sníženou krvetvorbou), problém ve výživě (snížená motilita střev, snížená produkce trávicích šťáv), bradykardie až cyanóza (nezralý nervový systém) hyperbilirubinémie (nezralost jaterních funkcí), náchylnost ke krvácení (nedostatek koagulačních faktorů tvořených v tlustém střevě, dozrávající v játrech – protrombin) a infekci (nezralý imunitní systém). Hlavním úkolem zdravotního personálu a matky je podpora dýchání, zachování tělesného tepla, správná péče o pokožku, prevence infekce, dostatečná a správná výživa, šetření energie novorozence a pečlivé pozorování (Fendrychová a Borek, 2012, str. 28,29).

7 HYPOXÉMIE, HYPOXIE, ASFYXIE

Hypoxémie je stav, kdy klesá hladina O_2 v arteriální krvi plodu, plod není nijak závažně ohrožen, ale reaguje na tento stav sníženou aktivitou, centralizací krevního oběhu a zaostáváním v růstu. Tento stav může trvat několik dnů až týdnů (Binder, 2011, str. 197).

Chronická hypoxie je patologický děj, který může mít katastrofální následky. Je často u zdravotníků nazývána „tichým zabijákem“ protože rodička nemusí dlouho pozorovat žádné problémy i přes to, že plod může být ohrožen. V extrémních případech může dojít k intrauterinnímu úmrtí plodu. Chronickou hypoxii může způsobit nejen užívání návykových látek, ale také řada onemocnění u matky. Diagnostika je velmi složitá, často nepřesná, a založena na nepřímých známkách projevů hypoxie. Pokud tento stav diagnostikujeme, popřípadě máme-li podezření na chronickou hypoxii, je léčba neskutečně složitá a bohužel také často neúspěšná. Po porodu má novorozenec zvýšenou pozornost neonatologů. Přesnější charakteristika hypoxie je stav, kdy z jedné nebo více příčin dojde k redukci kyslíku v tkáních. Jiné definice hovoří o tom, že je přerušena dodávka kyslíku do tkání (hypoxémie) spolu v kombinaci se zvýšeným množstvím oxidu uhličitého v arteriích (hyperkapnie), ischemií a metabolickou acidózou. U plodu pak dojde ke snížení až vymizení pohybů a pokles srdeční frekvence. Vše vede k redistribuci krevního oběhu plodu, kdy podstatou je zásobení především srdce, mozku, nadledvin a placenty. Po vyčerpání kompenzačních mechanismů dojde ke zhroucení celého krevního oběhu. Nejdůležitější roli v diagnostice má sledování plodu pomocí dopplerovského měření průtoků. Neméně důležité je ultrazvukové vyšetření, které zároveň stanoví množství plodové vody. Snížené množství plodové vody, neboli oligohydramnion je známkou redistribuce oběhu plodu se sníženým prokrvením ledvin (Roztočil, 2017, str. 397, 398).

Akutní hypoxie, mluvíme o omezené výměně plynů mezi plodem a matkou, které vzniká náhle. Akutní hypoxii může mít více příčin, způsobit ji může abrupce placenty, komprese či strangulace pupečníku, vzniklá oběhová nedostatečnost (polytrauma, šok) nebo nadměrná děložní činnost (Binder, 2011, str. 196).

Pro diagnostiku plodu je používána dopplerovská velocimetrie. Tyto plody vyžadují zvýšenou pozornost, dopplerovská velocimetrie umožňuje zjištění průtoku (změn toku krve) v a. umbilicalis. Dopplerovskou velocimetrií a. cerebri media je možno zjistit případnou centralizaci krevního oběhu. Dalším diagnostickým způsobem je kardiokografie. Kardiokografie je nejrozšířenější neinvazivní metodou pro diagnostiku

hypoxie během těhotenství. Počítačová analýza umožňuje podrobný rozbor proměnlivosti srdeční frekvence a tím diagnózu upřesní. Ultrazvukovým vyšetřením můžeme pozorovat snížené svalové napětí plodu a omezenou hybnost. Hypoxický plod sníženou hybností šetří svoji energii pro funkci životně důležitých orgánů. Těhotná sama často udává omezení pohybů sníženou citlivostí. Tyto pocity bývají prvním varovným znamením. Také se může provést biochemická analýza. Provádí se punkcí pupečnicku pod ultrazvukovou kontrolou – kordocentéza. Jedná se o biochemické vyšetření, které prokáže hypoxii a acidózu plodu. Během porodu je riziko vzniku hypoxie zvýšené, způsobují ji nejčastěji děložní kontrakce, které postupně zesilují a tím ovlivňují prokrvení placenty. Celkově je diagnostika poměrně obtížná, stále je zkoumáno více nových a vylepšených metod monitorace plodu (fetální pulzní oxymetrie, ST- analýza fetálního EKG). Prodělanou hypoxii u plodu zjistíme odběrem pupečnickové krve po porodu (stanovení hladiny pH, krevní plyny), ta umožní lepší stanovení prognózy a usnadní následné vedení ošetrovatelské činnosti novorozence. Terapie plodu s hypoxií je velmi omezená. Nejčastější možnou terapií je dítě porodit a v následně jej zajistit dostatečným množstvím kyslíku pomocí plicní ventilace (Hájek, Čech a Maršál, 2014, str. 287,289).

Asfyxie je definována jako vzniklá hypoxie, acidóza a hyperkapnie, doprovázena selháváním krevního oběhu, mozkové činnosti, dýchání a orgánů. Plod reaguje na asfyxii kompenzačními mechanismy. Cílem mechanismů je zabránit trvalému poškození orgánů. Pokud orgány selžou, dojde ke kolapsu základních životních funkcí a pokud není včas poskytnuta potřebná pomoc, dítě umírá. Prvním projevem kompenzačního mechanismu je zrychlené dýchání, poté dojde k zadržení dechu (apnoické pauze) a lapavému dýchání (gasping), vše končí sekundární apnoí. Dalším projevem kompenzačního mechanismu je urychlená srdeční činnost a zvýšení krevního tlaku, dochází k zároveň k poklesu pulzu a centralizaci krevního oběhu (zásobení mozku, srdce a nadledvin), vzniká šok, který končí srdeční zástavou. Asfyktický novorozenec je po porodu cyanotický, má problémy s dýcháním, snížené svalové napětí a naopak zvýšenou reflexní dráždivost (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, str. 33,34).

K hodnocení stavu novorozence se používá skóre podle Virginie Apgarové. Hodnotí se průběh poporodní adaptace dítěte za jednu, za pět a za deset minut po porodu. Mezi základní projevy, které se u novorozence hodnotí, patří zbarvení kůže neboli prokrvení, srdeční frekvence, respirační úsilí, svalové napětí a reakce na podráždění. Každý projev je hodnocen body na stupnici od nuly do dvou. Nejvyšší maximální počet je 10, nejnižší

možný počet 0. Fyziologický novorozenec má okolo 7 až 10 bodů. Novorozenec pod 7 bodů je považován za rizikového (Fendrychová a Borek, 2012, str. 64).

Tabulka 1 Hodnocení jednotlivých projevů života dle Apgarové

Barva	Tělo a končetiny jsou růžové.	2 body
	Tělo je růžové, končetiny jsou cyanotické.	1 bod
	Tělo a končetiny jsou cyanotické.	0 bodů
Srdeční frekvence	Nad 100 úderů za minutu.	2 body
	99 a méně úderů za minutu.	1 bod
	Žádný úder.	0 bodů
Respirační úsilí	Siný křik, pravidelné a vydatné dýchání	2 body
	Pomalé, mělké, nepravidelné nebo lapavé dýchání.	1 bod
	Žádné projevy dýchání.	0 bodů
Svalové napětí	Normální tonus, flexe končetin, při pokusu o natažení končetin dítě klade odpor.	2 body
	Tonus chabý, semiflexe končetin, odpor vůči natažení končetin je slabý.	1 bod
	Žádný tonus, končetiny bez flexe, dítě neklade odpor při natažení končetin.	0 bodů
Reakce	Reakce na manipulaci křikem a pohybem.	2 body
	Reakce grimasou nebo nevýrazným pohybem.	1 bod
	Žádná reakce.	0 bodů

(Fendrychová a Borek, 2012, str. 64)

8 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCE

Podle definice SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) mluvíme o neočekávané a náhlé smrti kojence, který má více jak 1 měsíc. Syndrom je doprovázen pauzami v dýchání (apnoe), bledostí až cyanózou, změnami svalového napětí a záchvaty dušení. Často tyto příznaky vymizí rychleji, než stihne dorazit zdravotnická pomoc. Rizikové faktory tvoří hned několik skupin. Mezi nejčastějšími rizikovými faktory můžeme najít děti nedonošené, děti s nízkou porodní hmotností, perinatální a postnatální komplikace, nesledovaná těhotenství a především pak abúzus návykových látek u matky. Příčiny jsou multifaktoriální a prozatím poměrně nejasné, nejčastěji se jedná o primární poruchu funkce CNS. Ta vede k poruchám regulace dýchání a současně dochází k následným komplikacím, které vedou k úmrtí. Důležitou roli mají dědičné poruchy metabolismu. Na místě nálezu pak postupujeme tak, že v první řadě zjistíme přítomnost známek smrti. Pokud tyto známky chybí, ihned zahájíme resuscitaci a zařídíme transport kojence na nejdostupnější kliniku. Když zjistíme, že známky smrti jsou přítomny (hypotermie, posmrtná ztuhlost), neresuscitujeme a konstatujeme smrt přímo na místě. Pokud je to možné, zjistíme co nejpřesnější anamnézu a dítě pečlivě vyšetříme (včetně změření tělesné teploty). Vše je důležité zdokumentovat. Dětem po SIDS je vždy prováděna pitva (v ČR je povinná soudní pitva) z důvodu „nejasné příčiny úmrtí“. Odebírá se vzorek tkání, moči, moku, plazmy a DNA (vyloučení genetické poruchy). Rodičům by měla být nabídnuta psychologická pomoc. Rodiče musí být připraveni na rozhovor s policií, která má povinnost vyšetřit příčinu smrti. Často si rodiče přejí podrobný rozhovor později a mají právo na to, aby jim bylo vyhověno (Muntau, 2014, str. 35,36).

9 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE

Všechny návykové látky především pak silné drogy mohou způsobit závislost a následně neonatální abstinенční příznaky (NAS) u plodu. V raném vývoji bývají postiženy mozkové receptory, které jsou zodpovědné za vznik fyzické závislosti. Všechny drogy jsou tvořeny poměrně malými molekulami, které snadno prochází placentární bariérou. To znamená, že plod si fyzicky zvyká na stejné látky, které matka užívá a tím u plodu vzniká přímá závislost na těchto látkách. Po porodu přestane být plod „zásobován“ a tím dochází k prvním projevům akutních abstinенčních příznaků. Tyto příznaky je důležité důkladně sledovat a léčit již v nemocnici. Příznaky mohou postihnout všechny orgány novorozence. Akutní abstinенční příznaky mohou být velmi vážně, rozvíjí se velmi rychle, a pokud nejsou ihned zpozorovány a léčeny, mohou ohrozit život dítěte. Proto je nutná hospitalizace, pozorování a léčba na neonatologickém oddělení. Doba trvání příznaků i jejich intenzita závisí na druhu drogy, kterou matka během těhotenství užívala a na její dávce. Příznaky vzniklé s drog s krátkým biologickým poločasem rozpadu se objeví téměř hned po porodu, zatím co u drog s dlouhým biologickým poločasem rozpad pozorujeme abstinенční příznaky o něco později. V některých případech až tři týdny po porodu. Důležité je zjistit, zda příznaky nemají jinou příčinu. Příznaky může rovněž vyvolat nízká hladina cukru nebo vápníku v krvi nebo krvácení do mozku. Proto je potřeba provést odběr krve plodu pro stanovení hladiny cukru, vápníku a magnézia. Provádí se také ultrazvukové vyšetření mozku, což odhalí případné krvácení nebo vývojové vady. U vážnějších případů je doporučeno provést vyšetření mozku pomocí magnetické rezonance. Doba léčby je vždy individuální. Může trvat od deseti dnů až do tří měsíců. Průměrná doba léčby se pohybuje okolo šesti týdnů (Velemínský a Žižková, 2008, str. 91,92,93).

9.1 Hodnocení abstinенčních příznaků

Klinické hodnocení tvoří tři základní skupiny příznaků:

- 1) Podráždění CNS
- 2) Porucha metabolismu a funkcí zažívacího traktu
- 3) Respirační a vegetativní poruchy

Podráždění CNS se projevuje hlasitým, pisklavým křikem, u kterého se sleduje nástup a doba trvání. Je důležité vyloučit jiné příčiny křiku jako například bolest, stres, reakci

na náhlou změnu teploty a podobně. Zajímá nás jak rychle a zda vůbec jde pláč utěšit. Dítě se snažíme zklidnit pohlazením, přitulením, podáním dudlíku a redukcí rušivých podnětů v okolí. Dále se do této skupiny řadí neschopnost spánku. Sledujeme především spánek po jídle, jak dlouho je dítě schopné spát. Zajímá nás rytmus mezi spánkem a bděním. I zde se opět snažíme eliminovat rušivé podněty. Typickým projevem na podráždění CNS je zvýšený Moroův reflex (dítě má pocit že padá, jako obranu rozhodí do široka paže, přitom otevře dlaně a roztáhne prsty, to samé může provést s končetinami). Zvýšené svalové napětí může skončit až ztuhlostí, v této situaci je nutné dítěti měnit polohu a tím zároveň zabránit možnému vzniku proleženin. Vhodné je používání měkké podložky a důležitá je aseptická technika ošetřování predilekčních nebo již postižených míst. Při vyrušení, někdy i v klidu můžeme sledovat projev podráždění CNS třesem. Sledujeme stupeň třesu, nástup a trvání. Někdy dochází ke křečím, které mohou být jak tonické, tak klonické. Všíáme si umístění křečí (horní končetiny, dolní končetiny, generalizované na celý organismus – může značit infekci, nádor), výrazu v obličeji, odchylku očí, zbarvení kůže popřípadě kožních poškození (oděrek). Opět musíme odstranit dráždivé podněty z okolí, zajistit termo neutrální prostředí, tlumit osvětlení, zajistit volné a průchodné dýchací cesty a zabránit možnému poranění dítěte (v případě křečí) (Fendrychová, 2004, str. 62).

Porucha metabolismu a funkcí zažívacího traktu se projevuje chabým sáním, regurgitací (návratem polknuté potravy zpátky do hltanu a úst), zvracením a řídkými až vodnatými stolicemi. Dítě si často usilovně dumlá pěstičky, má přehnaný úchopový reflex, ale je slabý jedlík s nekoordinovaným a neefektivním sáním a polykacím reflexem. V důsledku těchto projevů dítě nepřibývá na váze a je ohroženo dehydratací. Nutné je vyloučit jiné příčiny těchto projevů (sepsi, nezralost) a začít s alternativními metodami krmení. Krmit v menších dávkách, častěji, na požádání (až se dítě o krmení samo ozve). Děti mají pro svou hyperaktivitu a neklid zvýšené metabolické nároky, proto je důležité zajistit potřebný a přiměřený kalorický příjem (Fendrychová, 2004, str. 63).

Respirační a vegetativní poruchy se projevují nestálou tělesnou teplotou (střídání hypotermie s hypertermií, společně s nadměrným pocením), zrychleným dýcháním, apnoickými pauzami někdy až cyanózou. Může se vyskytnout syndrom respirační tísně (RDS). Drogy a stresové faktory zřejmě způsobí v intrauterinním vývoji zvýšené zrání plodu. Dalšími příznaky jsou změny barvy kůže, časté vzdychání, zívání a ucpaný nos (Fendrychová, 2004, str. 63).

Všechny děti drogově závislých matek nemusí mít abstinenční příznaky. Vše závisí na droze, kterou těhotná užívá, pravidelnosti užívání, dávce popřípadě kombinaci více druhů drog. Mnoho projevů je nespecifických, proto je velmi důležité rozlišit drogovou závislost od ostatních možných poruch v organismu dítěte (Fendrychová, 2004, str. 63).

9.1.1 Finnegan skóre

Pokud hodnotíme podle Finnegan, je hodnocení založeno na krmení po čtyřech hodinách. Hodnocení začneme po první půl až hodině po jídle. Pokud dítě dobu mezi jídlem prospí, nedostane bod žádný, jestli bude spát méně jak tři hodiny, dostane bod jeden, když méně jak dvě hodiny doby dva a jestliže nebude spát vůbec, dostane body tři. Stejně pak postupujeme u hodnocení pláče, regurgitace, třesu, zvýšené teploty a zvracení. Děti krmené sondou se nehodnotí. Hodnocení dětí matek užívající návykové látky je nutné provádět hned po první hodině od narození. Finnegan proto navrhla příslušný dokument, vytvořený na 24 hodin. Pokud vyjde výsledek 1 – 7 je dítě potřeba sledovat, 8 – 12 značí nutnost podat léky a při výsledku 13 – 17 je potřeba podat léky a zároveň nutnost monitorovat vitální funkce (Fendrychová, 2004, str. 67).

Tabulka 2 Skóre dle Finneganové

System	Příznaky	Skóre	čas						
CNS	Vysoce laděný pláč	2							
	Kontinuální vysoce laděný pláč	3							
	Spánek ≤ 1 hod po krmení	3							
	Spánek ≤ 2 hod po krmení	2							
	Spánek ≤ 3 hod po krmení	1							
	Mírný přerušovaný třes	1							
	Silný přerušovaný třes	2							
	Mírný nepřerušovaný třes	3							
	Silný nepřerušovaný třes	4							
	Zvýšený svalový tonus	2							
	Exkoriace	1							

	Myoklonické záškuby	3							
	Generalizované křeče	5							
Metaboli cké Vasomot orické Respirač ní	Teplota 37,3 – 38,3	1							
	Teplota 38,3	2							
	Frekventní zívání 3-4x	1							
	Popotahování nosem	1							
	Kýchání 3-4x	1							
	Nasální souhyb	2							
	Dech frekvence nad 60/min	1							
Dech frekvence nad 60+dyspnoe	2								
GIT	Excesivní sání	1							
	Problémy s krmením (tolerancí)	2							
	Regurgitace sání	2							
	Projektivové zvracení	3							
	Řídká stolice	2							
	Vodnaté stolice	3							
Výsledek									

(Stará, 2009)

Mimořádný význam má citlivé a jemné zacházení s dítětem, neboli podpurná léčba. Citlivé ošetřování může NAS zmírnit. Další důležitým prvkem je zajištění dostatečného kalorického příjmu, 90 – 120 kcal/kg/den je obvyklý příjem a může být pro dítě s NAS nedostatečný. Mezi podpurné metody řadíme tlumení světla a hluku, ochranu před poškrábáním (rukavičky), krmení po malých dávkách a častěji, termoneutrální

prostředí, dostatečně průchodné dýchací cesty (šetrné odsávání), minimální manipulace s dítětem (Fendrychová, 2004, str. 68).

9.2 Diagnostika

Při diagnostice je základem anamnéza matky. Zjistíme, jaký druh návykové látky užívala, v jakém množství látku aplikovala, kdy si dala poslední dávku a jak dlouho drogu užívala. Další pozornost směřujeme na přítomnost klinických příznaků abstinčního syndromu a toxikologické vyšetření. V toxikologickém vyšetření kontrolujeme u plodu moč (značí expozici drog), krev (koncentrace drogy), smolka (průkaz o užívání drog ve 2. – 3. trimestru), vlasy nebo tkáň pupečníku (dlouhodobá expozice drogám). U matky provádíme odběry krve a moče. V neposlední řadě se také provádí další laboratorní vyšetření k vyloučení jiných onemocnění (Stará, 2009, str. 382-384).

9.3 Zásady péče o novorozence

Prvními kroky bývá minimalizace negativních následků a podpora optimálního růstu. Péče je multidisciplinární, založena na potřebách matky a dítěte. Matka od dítěte nesmí být izolována a se zdravotníky by měla spolupracovat. V počáteční fázi péče o novorozence dbáme na vytvoření příjemného a klidného prostředí. Snažíme se o minimální stimulaci a dítěte a snažíme se co nejvíce dítě uklidnit. Soustředíme se také na dostatečnou výživu novorozence, tím minimalizujeme úbytek hmotnosti. U novorozenců s nízkou porodní hmotností, je potřeba zvýšit krmení s vyšším obsahem kalcia avšak bez lactosy, tím zároveň zmírníme některé účinky NAS (zvracení, průjem,...). Doplnkovou podpůrnou péčí pak bývá muzikoterapie či masáž. Podpůrná léčba má výborné výsledky na podporu kojení a rooming-in. Studie prokázaly, že kojenci s NAS, kteří byly kojeni, měly méně závažné příznaky a zároveň vyžadovaly méně farmakologického léčení. Kojení proto bylo podporováno u matek, které byly stabilní a podstoupily substituční léčbu opioidy, pokud se teda nevyskytly jiné kontraindikace (HIV,..) (L. Longo, 2016).

9.4 Farmakoterapie

Terapie u NAS je farmakologická a podpůrná. Novorozenec je zvýšeně sledován (alespoň 5 dní) a v případě komplikací přeložen na oddělení intenzivní péče. Podpůrnou léčbou je myšleno zajištění termoneutrálního prostředí, snažit se s dítětem co nejméně manipulovat a zabránit nadměrnému osvětlení a hluku. Dítě je vhodné polohovat na břicho nebo pravý

bok (prevence aspirace), provádíme odsávání nosu a krmení. Po farmakologické stránce se k léčbě používají opiatové preparáty a fenobarbital. Začíná se opiovými a morfinovými preparáty. Lze použít novorozenecký morfinový roztok (morfísulfát v koncentraci 0,4 mg/ml), novorozenecký opiový roztok (opiová tinktura v koncentraci 0,4 mg/ml morfinu), opiovou tinkturu (alkaloidový roztok opia v alkoholu) nebo laudanum (10% roztok morfinu rozředěný 25 krát). Všechny preparáty jsou ve finální verzi rozředěny 0,4mg/ml morfinu. Při klesajícím hodnocení se dávka snižuje, při stejném nebo naopak zvyšujícím se skóre je nutné dávku zvýšit. Čím později léčbu zahájíme, tím vyšší je riziko morbidity pro novorozence. Na užívání metadonu při léčbě zatím není vytvořený jednotný názor, proto se u nás metadon k léčbě abstinčního syndromu nepodává. Fenobarbital užíváme při léčbě jiných závislostí, než jsou závislosti na opioidech a při závislosti na více drogách současně. Fenobarbital má účinky analgetické a antikonvulzivní, metabolizuje se v játrech a je vylučován ledvinami. U novorozenců probíhá metabolismus pomalu. Je užíván především ke snížení insomnie a irability, působí depresi CNS a snižuje potřebu sání. Podle Finnenganové začínáme s dávkováním 5 – 10 mg/kg/den perorálně, intramuskulárně nebo intravenózně ve 4 dávkách. Při výraznějších příznacích může dávka dosahovat až 20 mg/kg/den. Pro lepší vstřebání je alespoň ze začátku doporučována aplikace intramuskulárně nebo intravenózně. Podle Finnenganové a kolektivu se dávkování udržuje podle hladiny fenobarbitalu v séru a podle skórovacího hodnocení. Úvodní dávka je 20 mg/ml/den, udržovací pak 2 – 6 mg/kg/den. Pokud je dítě stabilizované, zůstává hladina v terapeutickém pásmu. Pokud je skóre nad 8 bodů, podává se dávka 10 mg/ml/den ve 12 hodinových intervalech. Po stabilizaci necháme tuto dávku ještě po dobu 72hod. Dávku redukujeme velmi pomalu. Dávkování se nesmí přerušit. Pokud je v následujících 72 hodin dítě stabilizované, je možné jej propustit. Při léčbě křečí podáváme fenobarbital 10-20 mg/ml/den, pokud je podána menší dávka, křeče budou přetrvávat. Je-li stav stabilizován, křeče ustoupí a sérová hladina fenobarbitalu je udržována je možno po 24 hodinách přejít na udržovací dávku 3 – 5 mg/kg/den ve dvou dávkách denně. Když je EEG opakovaně v normě a stav novorozence je stabilizován, redukujeme dávku pomalu o 1 mg/ml/kg každý druhý den. Nezbytné je intenzivní sledování (Vavřínková a Binder, 2006, str. 72,73).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Průzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní metodu, která zajišťuje anonymitu respondentů a umožňuje sesbírat velké množství informací. Dotazníkové šetření bylo realizováno pomocí internetových stránek Google a Facebook a respondentkami byly ženy v reprodukčním věku různých věkových skupin. Průzkumnému šetření předcházelo sestavení dotazníku, kde jednotlivé položky směřovaly ke konkrétním cílům. Otázky byly uzavřené s možností pouze jedné odpovědi.

Zadání dotazníku je přílohou bakalářské práce.

10.1 Cíle průzkumného šetření

Hlavní cíl:

1. Zjištění informovanosti žen v reprodukčním věku o vlivu návykových látek na novorozence.

Dílčí cíle:

1. Snížení nevědomosti těchto žen o dané problematice
2. Vypracování informačního materiálu

10.2 Organizace šetření

Výzkum byl proveden v měsíci dubnu roku 2018. Ženy odpovídaly na 20 otázek a bylo vyplněno 194 dotazníků. Všechny zodpovězené otázky byly bez jakýchkoliv úprav použity ve výzkumném šetření.

10.3 Charakteristika zkoumaného oboru

Respondentkami byly ženy v reprodukčním věku různých věkových skupin.

10.4 Zpracování dat

Ke zpracování výsledků bylo použito 194 vyplněných dotazníků – 100%. Respondetky nebyly povinny odpovídat na všechny otázky dotazníku, proto se celkový počet odpovědí u jednotlivých otázek dotazníku liší. Data byla zpracována do tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2010. Pro přehlednost jsou jednotlivé položky v grafech barevně odlišeny. Zvolena byla metoda, která určovala absolutní četnost a relativní četnost v procentech.

11 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

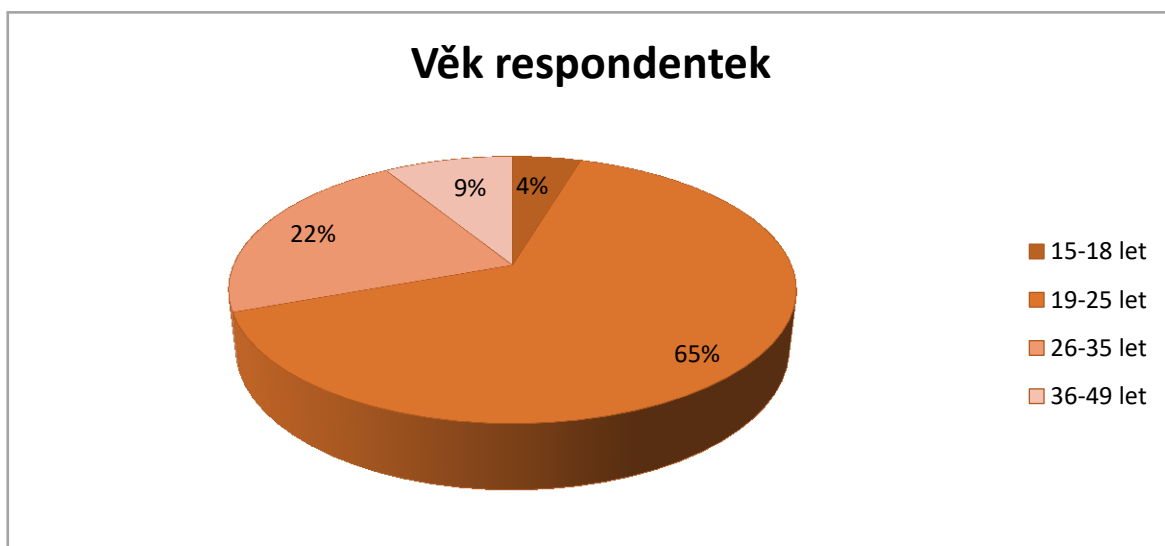
Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 3 Věk respondentek

Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
15-18 let	9	4,7
19-25 let	125	64,8
26-35 let	42	21,8
36-49 let	17	8,8
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 4 a grafu 1, je zcela zřejmé, že největší část výzkumného šetření zaujímají respondentky ve věku 19-25 let (64,8 %). Dále následují respondentky ve věku 26-35 let (21,8 %). Nejmenší četnost zaujímají respondentky ve věku 15-18 let (4,7 %).

Graf 1 Věk respondentek



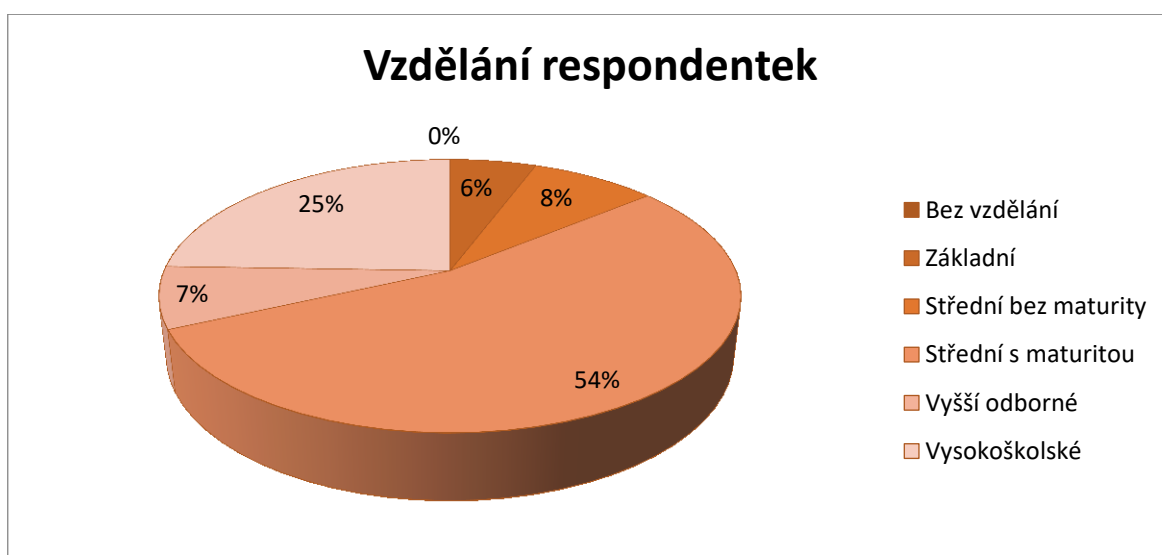
Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Tabulka 4 Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Bez vzdělání	0	0
Základní	11	5,7
Střední bez maturity	16	8,3
Střední s maturitou	104	54,2
Vyšší odborné	14	7,3
Vysokoškolské	47	24,5
Celkem	192	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 5 a grafu 2, je zcela zřejmé, že největší část výzkumného šetření zaujímají respondentky, které mají jako nejvýše dosažené vzdělání střední školu s maturitou (54,2 %). Dále následují respondentky s vysokoškolským vzděláním (24,5 %). Nejmenší četnost zaujímají respondentky se základním vzděláním (5,7 %). Dotazníkového šetření se nezúčastnily žádné respondentky bez vzdělání.

Graf 2 Vzdělání respondentek



Otázka č. 3: Užívala jste někdy nějakou návykovou látku? (mimo kofein)**Tabulka 5** Užívání návykových látek

Užívání návykových látek	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne	97	50,3
Ano	96	49,7
Celkem	193	100 %

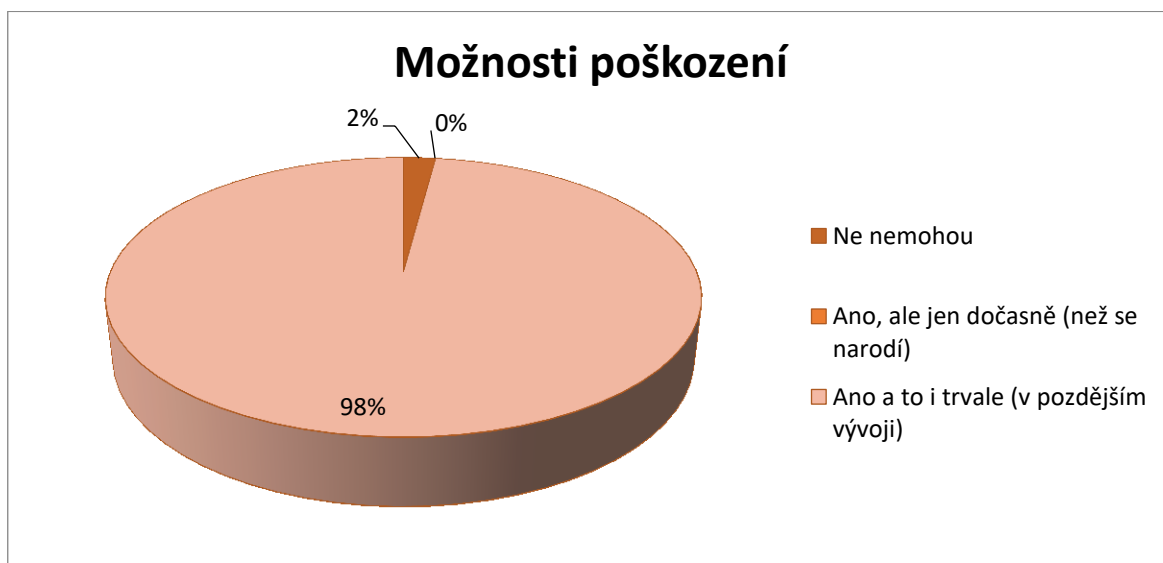
Komentář: Z uvedené tabulky 6 a grafu 3 vyplývá, že polovina žen (50,3 %) žádnou návykovou látku (mimo kofein) neužívala a druhá polovina (49,7 %) již nějakou návykovou látku někdy užívala.

Graf 3 Užívání návykových látek

Otázka č. 4: Myslíte si, že mohou návykové látky poškodit dítě?**Tabulka 6** Možnosti poškození

Možnosti poškození	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne nemohou	4	2,1
Ano, ale jen dočasně (než se narodí)	0	0
Ano a to i trvale (v pozdějším vývoji)	189	97,9
Celkem	193	100 %

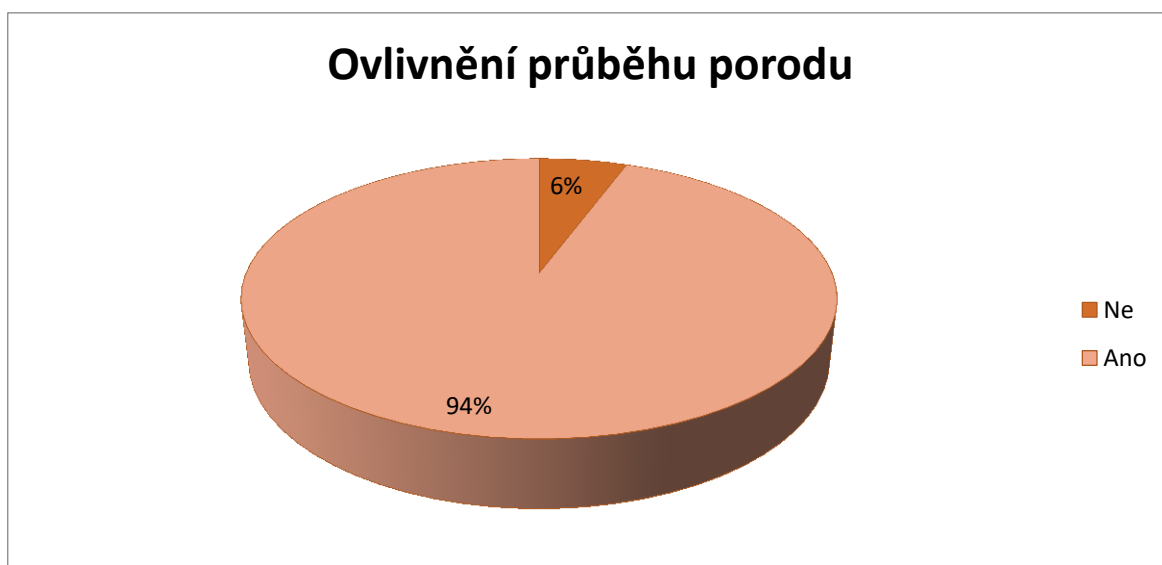
Komentář: Na otázku, zda mohou návykové látky poškodit dítě, odpověděla většina (97,9 %) ano a to i trvale, tedy i v pozdějším vývoji. Pouhé 4 respondentky (2,1 %) si myslí, že kterákoliv návyková látka nemůže dítě ovlivnit vůbec a nikdo z respondentek si nemyslí, že by návykové látky ovlivnili dítě jen dočasně, tedy než se narodí.

Graf 4 Možnosti poškození

Otázka č. 5: Může dlouhodobé užívání návykových látek ovlivnit průběh porodu?**Tabulka 7** Ovlivnění průběhu porodu

Ovlivnění průběhu porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne	11	5,7
Ano	182	94,3
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 8 a grafu 4 jednoznačně vyplývá, že většina (94,3 %) respondentek souhlasí s tím, že užívání návykových látek může ovlivnit průběh porodu. Pouhých 11 respondentek (5,3 %) si myslí, že návykovými látkami nemůže být průběh porodu ovlivněn.

Graf 5 Ovlivnění průběhu porodu

Otázka č. 6: Nejčastěji užívanou návykovou látkou v dnešní době je?**Tabulka 8** Nejčastěji užívaná látka

Nejčastěji užívaná látka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nikotin a alkohol	184	95,3
Marihuana	3	1,6
Metamfetamin	6	3,1
Celkem	193	100 %

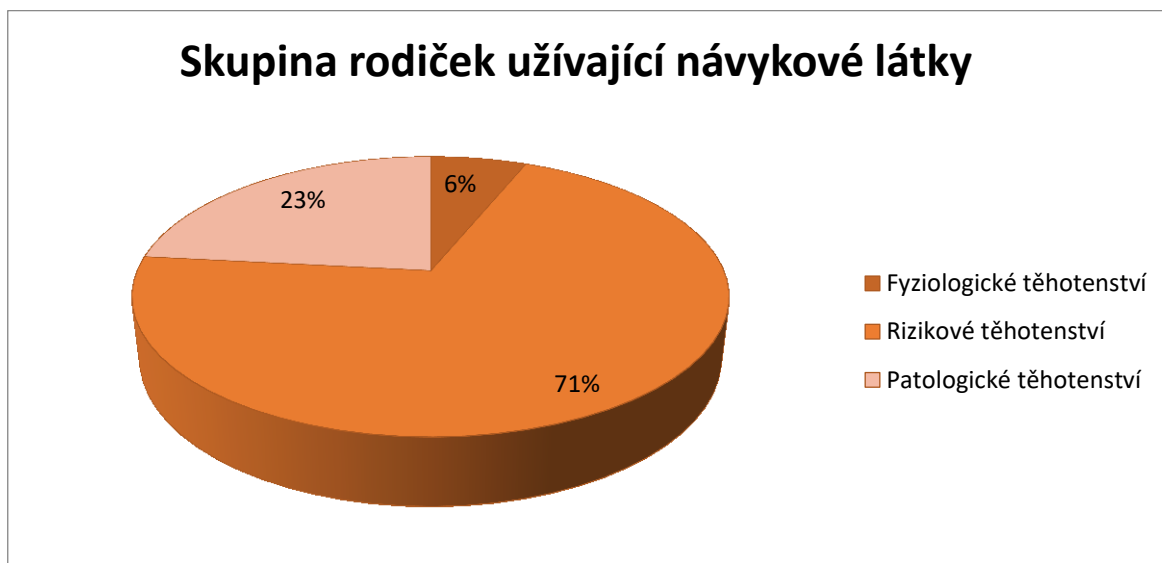
Komentář: Na otázku, která je v dnešní době nejčastěji užívaná návyková látka, volila většina respondentek odpověď nikotin a alkohol (95,3 %). Metamfetamin je nejčastěji užívaná látka pro 6 respondentek (3,1 %) a na nejméně žen (1,6 %) si myslí, že nejčastěji užívanou návykovou látkou je marihuana.

Graf 6 Nejčastěji užívaná látka

Otázka č. 7: Do jaké skupiny podle Vás patří rodičky užívající návykové látky?**Tabulka 9** Skupina rodiček užívající návykové látky

Skupina rodiček užívající návykové látky	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Fyziologické těhotenství	12	6,2
Rizikové těhotenství	136	70,5
Patologické těhotenství	45	23,3
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 10 a grafu 7 jasně vyplývá, že většina respondentek (70,5 %) by zařadila rodičky užívající návykové látky do rizikového těhotenství. Druhou, již méně volenou možností byla pro ženy volba patologického těhotenství (23,3 %) a nejméně volenou odpovědí pak byla skupina fyziologického těhotenství (6,2 %).

Graf 7 Skupina rodiček užívající návykové látky

Otázka č. 8: Jak dlouho trvá, než se dostane do tkání plodu heroin po nitrožilní aplikaci?

Tabulka 10 Rychlost dostání se heroinu do tkání plodu po nitrožilní aplikaci

Rychlost	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ihned	105	54,4
10-15 minut	60	31,1
30 minut	16	8,3
1 hodina	8	4,1
Nedostane, heroin na plod nemá žádný vliv	4	2,1
Celkem	193	100 %

Komentář: Na otázku, jak dlouho trvá, než se dostane do tkání plodu heroin po nitrožilní aplikaci, odpovědělo nejvíce respondentek ihned (54,4 %) dále byla volena odpověď 10-15 minut (31,1 %). V menší zastoupení byla již odpověď 30 minut (8,3 %) a odpověď 1 hodina (4,1 %). Nejméně volenou možností pak naštěstí byla odpověď poslední a to ta, že heroin na plod žádný vliv nemá (2,1 %)

Graf 8 Rychlost dostání se heroinu do tkání plodu po nitrožilní aplikaci



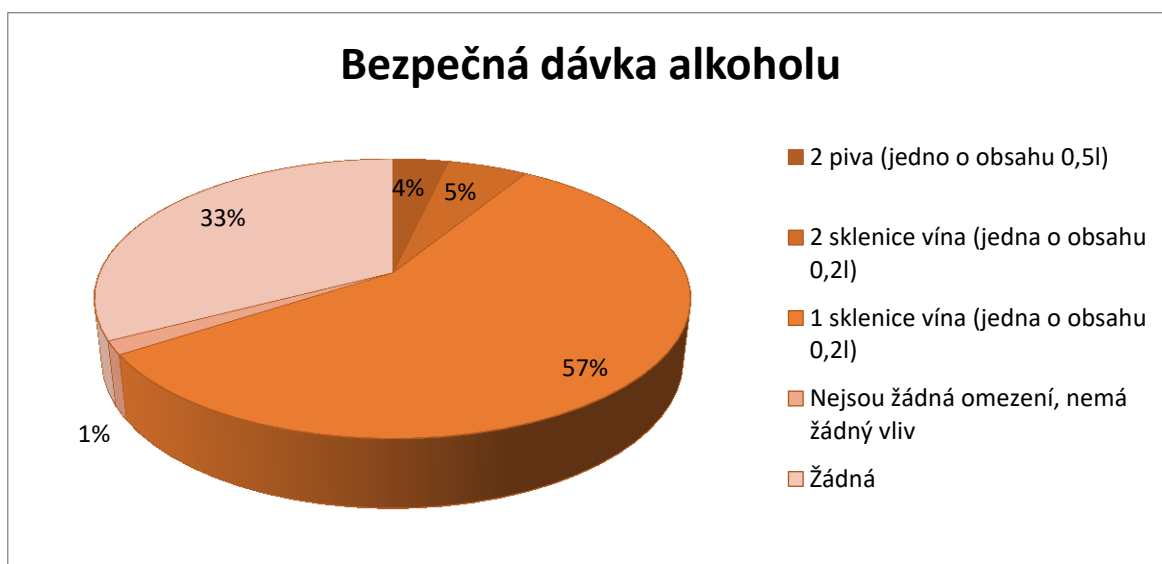
Otázka č. 9: Jaká dávka alkoholu je považována za bezpečnou? (nemá na plod vliv)

Tabulka 11 Bezpečná dávka alkoholu

Bezpečná dávka alkoholu	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
2 piva (jedno o obsahu 0,5 l)	7	3,6
2 sklenice vína (jedna o obsahu 0,2 l)	10	5,2
1 sklenice vína (jedna o obsahu 0,2 l)	110	57
Nejsou žádná omezení, nemá žádný vliv	3	1,6
Žádná	63	32,6
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 12 a grafu 9 vyplývá, že nejvíce volenou odpovědí byla 1 sklenice vína (57 %). Dále následovala odpověď žádná dávka (32,6 %) a nejméně volenou možností, byla odpověď, že nejsou žádná omezení, alkohol nemá na plod žádný vliv (1,6 %).

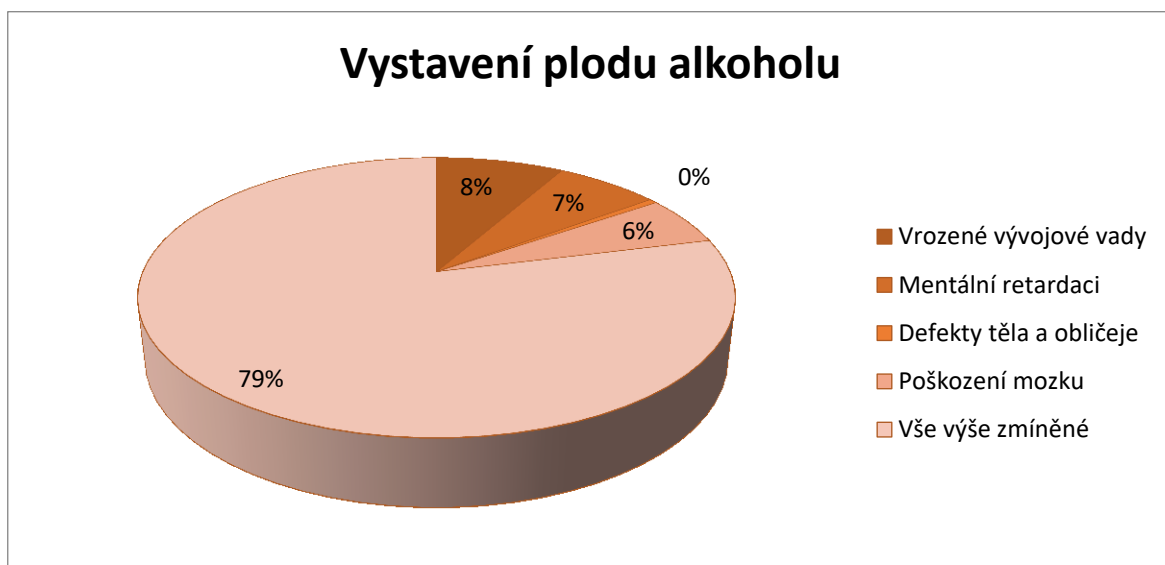
Graf 9 Bezpečná dávka alkoholu



Otázka č. 10: Co může způsobit dlouhodobé vystavení plodu alkoholu?**Tabulka 12** Vystavení plodu alkoholu

Možnost	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vrozené vývojové vady	16	8,2
Mentální retardaci	13	6,7
Defekty těla a obličeje	1	0,5
Poškození mozku	11	5,7
Vše výše zmíněné	153	78,9
Celkem	194	100 %

Komentář: Na otázku, co může způsobit dlouhodobé vystavení plodu alkoholu, odpovědělo nejvíce respondentek možností vše výše zmíněné (78,9 %). Dále pak následovaly odpovědi vrozené vývojové vady (8,2 %), mentální retardaci (6,7 %) a poškození mozku (5,7 %). Pouze jedna žena pak odpověděla defekty těla a obličeje (0,5 %).

Graf 10 Vystavení plodu alkoholu

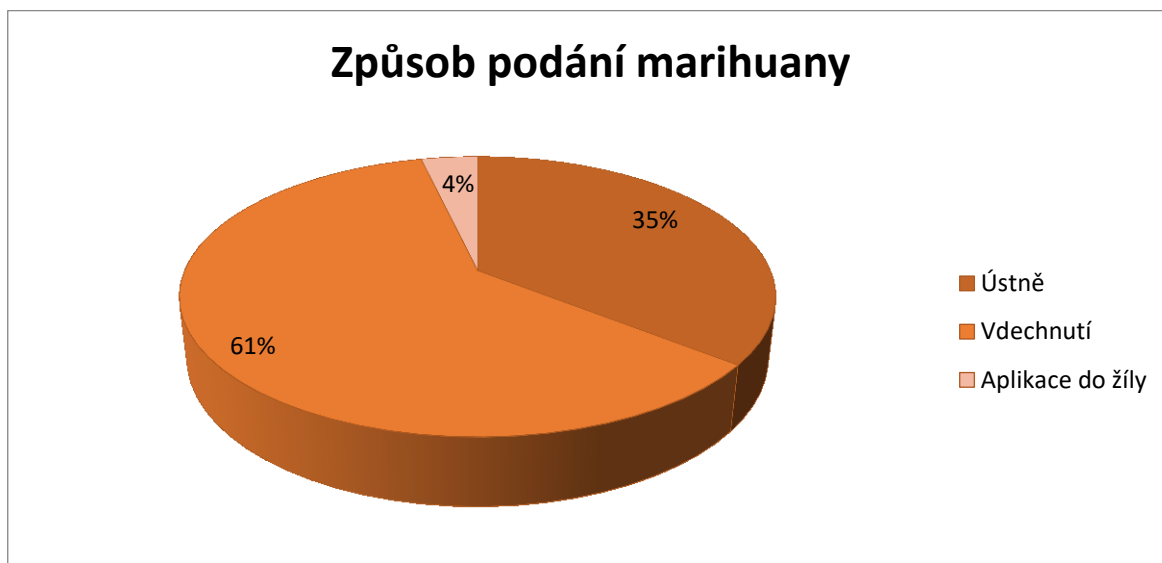
Otázka č. 11: Pokud je těhotná žena závislá na marihuaně, jaký způsob podání má pro dítě menší následky?

Tabulka 13 Způsob podání marihuany

Způsob	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ústně	68	35,6
Vdechnutí	116	60,7
Aplikace do žíly	7	3,7
Celkem	191	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 14 a grafu 11 vyplývá, že nejvíce respondentek si myslí, že menší následky pro dítě má užívání marihuany vdechnutím (60,7 %). Následovala odpověď ústně (35,6 %) a nejméně respondentek odpovědělo možností aplikace do žíly (3,7 %).

Graf 11 Způsob podání marihuany



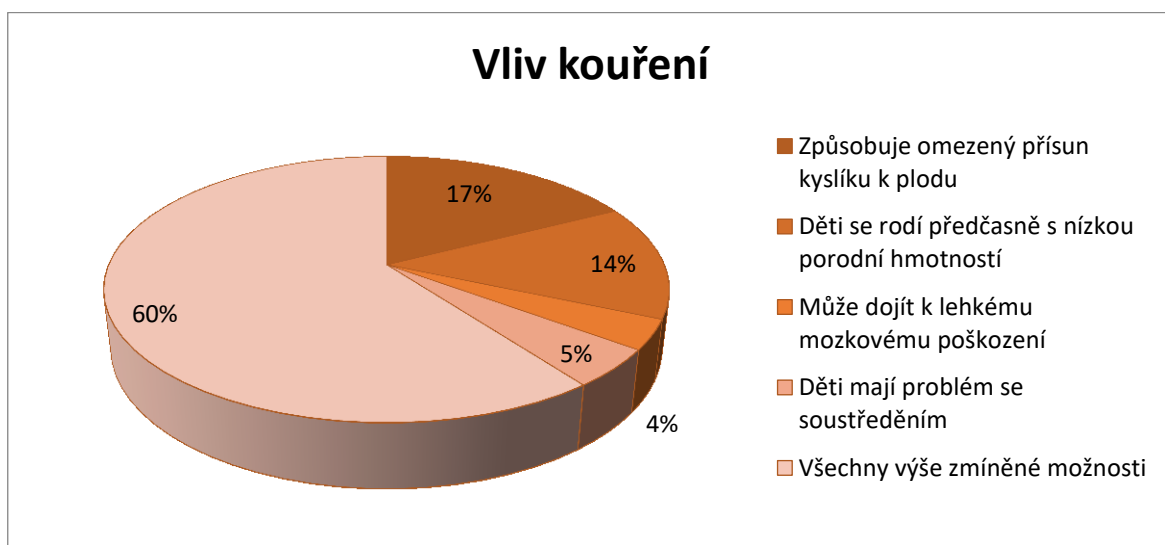
Otázka č. 12: Jaký vliv má kouření na plod?

Tabulka 14 Vliv kouření

Vliv	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Způsobuje omezený přísun kyslíku k plodu	34	17,5
Děti se rodí předčasně s nízkou porodní hmotností	27	13,9
Může dojít k lehkému mozkovému poškození	7	3,6
Děti mají problém se soustředěním	9	4,6
Všechny výše zmíněné možnosti	117	60,3
Celkem	194	100 %

Komentář: Na otázku jaký vliv má kouření na plod odpovědělo nejvíce žen možností všechny výše zmíněné možnosti (60,3 %). Následovala odpověď, že způsobuje omezený přísun kyslíku k plodu (17,5 %) a že se rodí děti předčasně často s nízkou porodní hmotností (13,9 %). V menším počtu pak byly zastoupeny odpovědi, že děti mají problémy se soustředěním (4,6 %) a může dojít k lehkému mozkovému poškození (3,6 %).

Graf 12 Vliv kouření



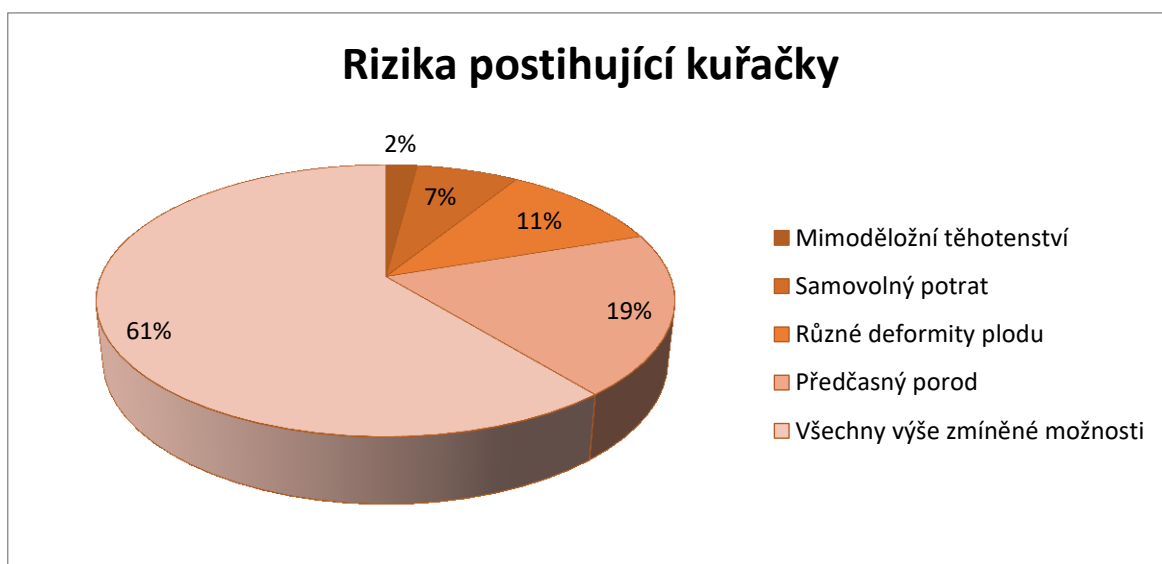
Otázka č. 13: Která rizika mohou postihnout kuřačky?

Tabulka 15 Rizika postihující kuřačky

Rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Mimoděložní těhotenství	4	2,1
Samovolný potrat	13	6,8
Různé deformity plodu	21	10,9
Předčasný porod	37	19,3
Všechny výše zmíněné možnosti	117	60,9
Celkem	192	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 16 a grafu 13 jasně vylívá, že nejvíce respondentek volilo všechny výše zmíněné možnosti (60,9 %) následovala odpověď předčasný porod (19,3 %) a různé deformity plodu (10,9 %). Dále si pak 13 respondentek myslí, že kouření může způsobit pouze samovolný potrat (6,8 %) a 4 respondentky jsou toho názoru, že kouření způsobuje pouze mimoděložní těhotenství (2,1 %).

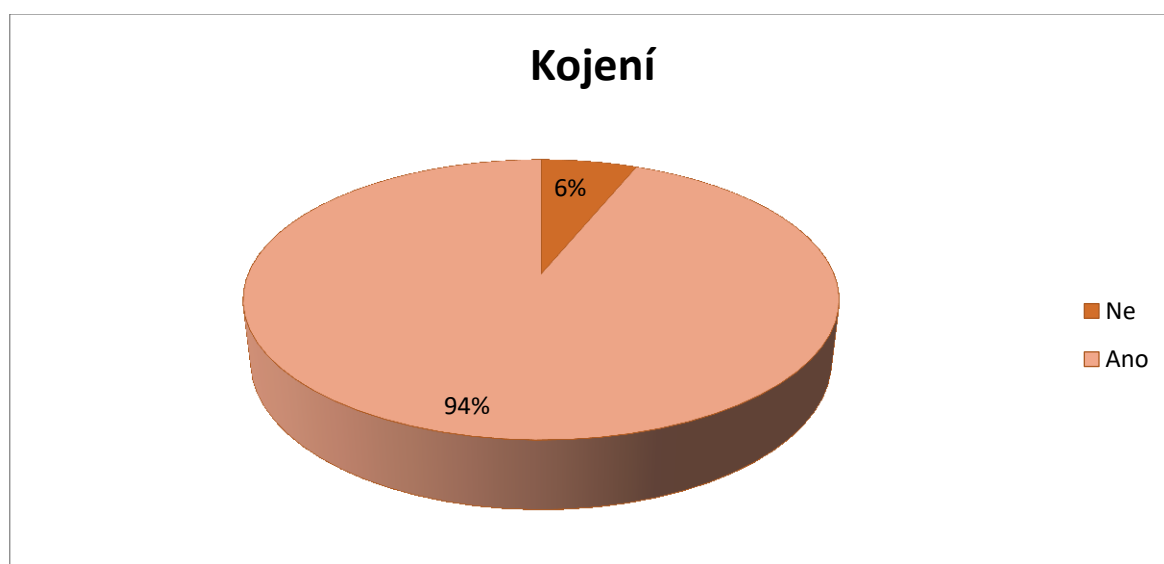
Graf 13 Rizika postihující kuřačky



Otázka č. 14: Myslíte si, že může kouření ovlivnit kojení?**Tabulka 16** Kojení

Kojení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne	12	6,2
Ano	181	93,8
Celkem	193	100 %

Komentář: Na otázku zda může kouření ovlivnit kojení, odpověděla převážná většina respondentek ano (93,8 %) a 12 respondentek si myslí, že kouření nemůže ovlivnit kojení (6,2 %).

Graf 14 Kojení

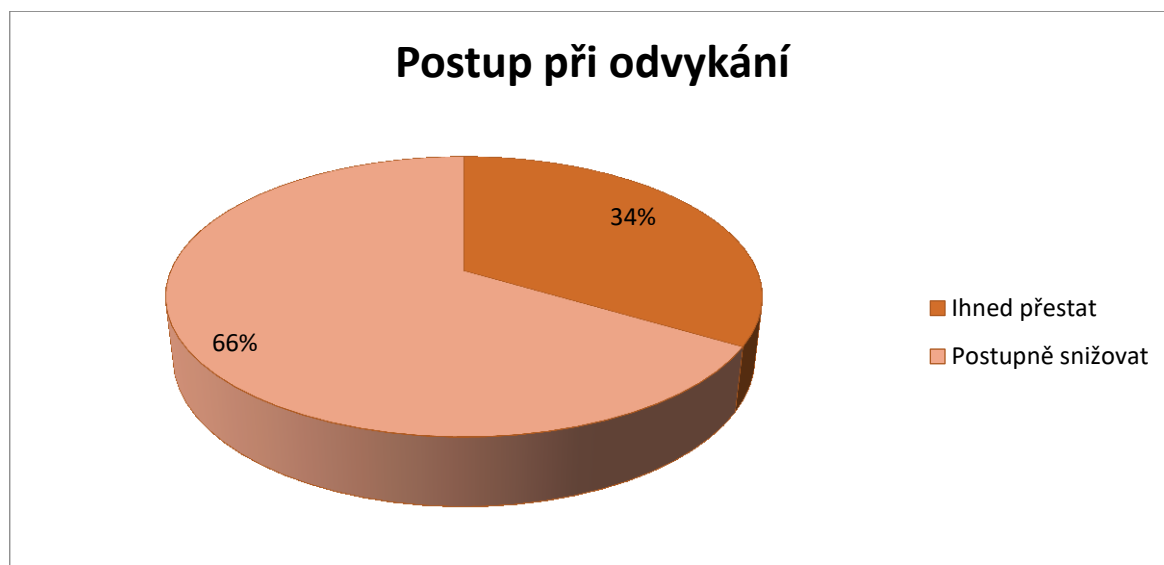
Otázka č. 15: Pokud žena kouří (10 a více cigaret denně) a zjistí, že je těhotná, je vhodné přestat s kouřením ihned nebo by měla dávku postupně snižovat?

Tabulka 17 Postup při odvykání

Postup při odvykání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ihned přestat	65	33,5
Postupně snižovat	129	66,5
Celkem	194	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 18 a grafu 15 vyplívá, že by většina respondentek volilo postupné snižování dávky (66,5 %) a zbytek respondentek si myslí, že by s kouřením měla rodička ihned přestat (33,5 %).

Graf 15 Postup při odvykání



Otázka č. 16: Slyšela jste někdy o intrauterinní růstové restrikci?**Tabulka 18** Intrauterinní růstová restrikce

Itrauterinní růstová restrikce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne	159	82,4
Ano	34	17,6
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 19 a grafu 16 je jednoznačné, že většina respondentek nikdy o intrauterinní růstové restrikci neslyšela (82,4 %) a 34 respondentek se s pojmem intrauterinní růstová restrikce již setkala (17,6 %).

Graf 16 Intrauterinní růstová restrikce

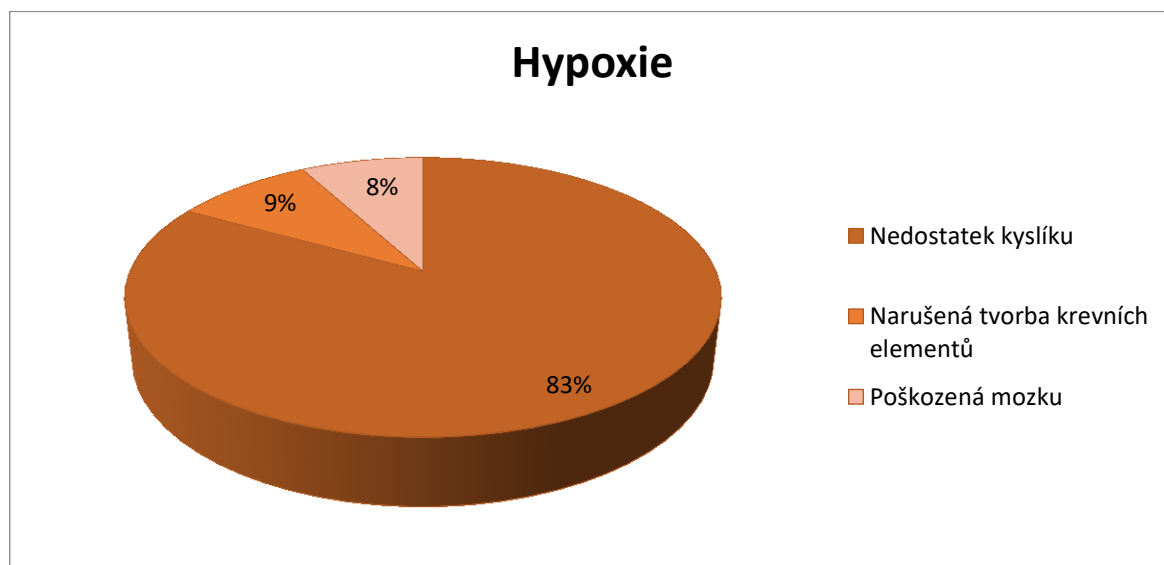
Otázka č. 17: Víte, co znamená slovo hypoxie?

Tabulka 19 Hypoxie

Hypoxie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nedostatek kyslíku	157	83,1
Narušená tvorba krevních elementů	17	9
Poškození mozku	15	7,9
Celkem	189	100 %

Komentář: Na otázku co znamená slovo hypoxie, odpovídala většina žen (83,1 %) správnou možností, tedy nedostatek kyslíku. Následovala odpověď narušená tvorba krevních elementů (9 %) a dále pak poškození mozku (7,9 %).

Graf 17 Hypoxie



Otázka č. 18: U každého novorozence se hodnotí tzv. skóre podle Apgarové (barva, srdeční frekvence, respirační úsilí, svalové napětí a reakce). Jak by podle Vás měl vypadat zdravý novorozenec?

Tabulka 20 Zdravý novorozenec

Zdravý novorozenec	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Narůžovělá pokožka	163	84,5
Bledá pokožka	10	5,2
Namodralá pokožka	20	10,4
Celkem	193	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 21 a grafu 17 vyplývá, že většina respondentek souhlasí s tím, že zdravý novorozenec by měl mít po porodu narůžovělou pokožku (84,5 %). Následovala odpověď namodralá pokožka (10,4 %) a poslední volbou pak byla pokožka bledá (5,2 %).

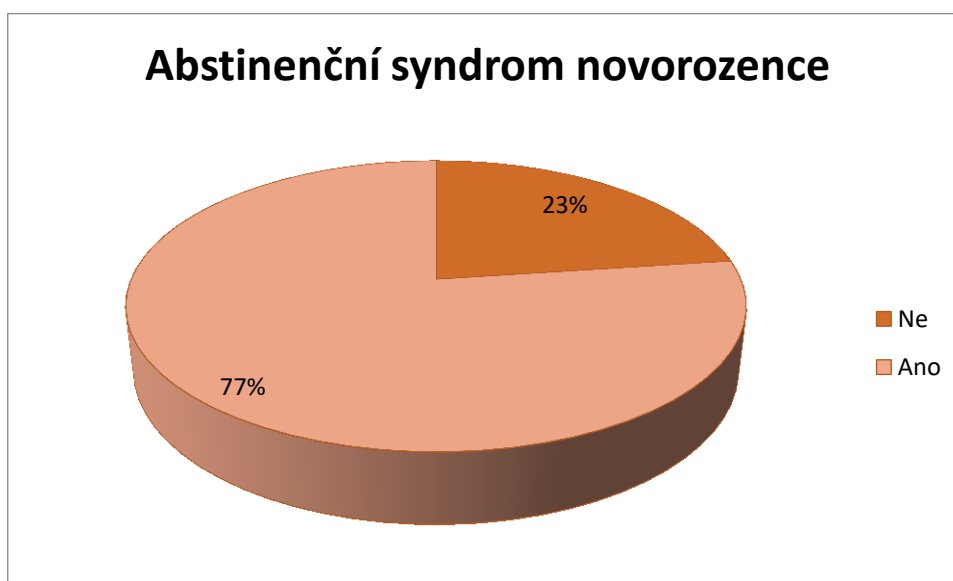
Graf 18 Zdravý novorozenec



Otázka č. 19: Slyšela jste někdy o abstinenčním syndromu novorozence?**Tabulka 21** Abstinenční syndrom novorozence

Abstinenční syndrom novorozence	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne	43	22,3
Ano	145	75,1
Nemyslím si, že něco takového existuje	5	2,6
Celkem	193	100%

Komentář: Z uvedené tabulky 22 a grafu 19 vyplívá, že většina respondentek se již s pojmem abstinenční syndrom novorozence setkala (75,1 %). Dále některé respondentky nikdy neslyšely o abstinenčním syndromu novorozence (22,3 %) a některé si myslí, že abstinenční syndrom novorozence neexistuje (2,6 %).

Graf 19 Abstinenční syndrom novorozence

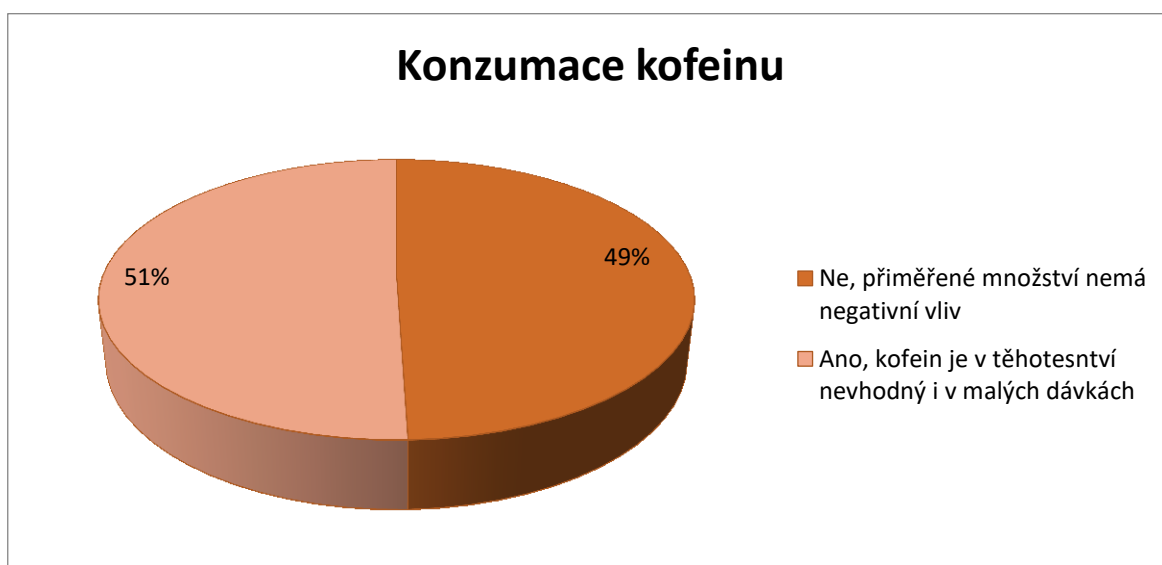
Otázka č. 20: Je podle Vás konzumace přiměřeného množství kofeinu (do 200 mg, což odpovídá zhruba 1-2 šálkům středně silné kávy) v těhotenství nevhodná?

Tabulka 22 Konzumace kofeinu

Konzumace kofeinu	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ne, přiměřené množství nemá negativní vliv	96	49,5
Ano, kofein je v těhotenství nevhodný i v malých dávkách	98	50,5
Celkem	194	100 %

Komentář: Z uvedené tabulky 23 a grafu 20 vyplývá, že si více než polovina (50,5 %) dotazovaných žen myslí, že konzumace kofeinu v těhotenství je nevhodná i v malých dávkách. Avšak téměř druhá polovina žen (49,5 %) si myslí, že přiměřené množství kofeinu nemá na dítě žádný negativní vliv.

Graf 20 Konzumace kofeinu



12 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost žen v reprodukčním věku, různých věkových kategorií, o problematice týkající se návykových látek a jejich vlivu na plod, novorozence a pozdější vývoj dítěte. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 194 respondentek. Ženám bylo položeno dvacet uzavřených otázek s možností pouze jedné správné odpovědi. Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že informovanost žen není zcela dostatečná. Věk dotazovaných respondentek se nejvíce pohyboval v rozmezí 19-25 let a co se týče vzdělanosti těchto žen, nejvíce z nich mělo nejvýše dosažené vzdělání středoškolské s maturitou.

První otázkou týkající se již dané problematiky se zjišťovalo, zdali ženy někdy užívaly nějakou návykovou látku (mimo kofein). V dotazníkovém šetření na tuto otázku polovina žen odpověděla ne (50,3 %) a druhá polovina ano (49,7 %). Následovala otázka, zda si myslí, že mohou návykové látky poškodit dítě. Na tuto otázku odpovědělo 193 respondentek. Většina (97,9 %) odpovídala správnou možností ano a to i trvale, tedy v pozdějším vývoji dítěte. Čtyři ženy (2,1 %) si myslí, že návykové látky nemohou dítě poškodit a žádná z respondentek si nemyslí, že by návykové látky poškodily dítě jen dočasně, než se narodí. Dále se zjišťovalo, zda může užívání návykových látek ovlivnit průběh porodu. Většina (94,3 %) správně souhlasila s tím, že užívání může ovlivnit průběh porodu, ostatní (5,7 %) si myslí, že nikoliv. Následovala otázka, jaká je v dnešní době nejčastěji užívaná návyková látka a i na tuto otázku byla volena správná odpověď tedy nikotin a alkohol (95,3 %). Na otázku do jaké skupiny by ženy zařadily rodičky užívající návykové látky, odpovídaly nejvíce možností rizikové těhotenství (70,5 %) poté patologické těhotenství (23,3 %) a dvanáct respondentek (6,2 %) si dokonce myslí, že toto těhotenství je zcela fyziologické. Také se zjišťovalo, zda mají respondentky přehled o konkrétních návykových látkách. Ptali jsme se jich, jak dlouho trvá, než se dostane do tkání plodu heroin po nitrožilní aplikaci. Polovina je přesvědčena, že ihned (54,4 %), šedesát žen (31,3 %) odpovídalo 10-15minut a nemile překvapivé pak bylo zjištění, že čtyři respondentky si myslí, že nedostane, heroin nemá na plod žádný vliv (2,1 %). Zkoumala se také povědomost o vlivu alkoholu. Na otázku co považují za bezpečnou dávku alkoholu v těhotenství si více jak polovina dotazovaných (57 %) myslí, že 1 sklenice vína (jedna o obsahu 0,2 l) nemá na plod negativní vliv. Tuto odpověď nemusíme považovat zcela za špatnou, studie však popisují individualitu každé rodičky a možnost negativních účinků již v těchto malých dávkách proto za správnou odpověď byla

považována žádná dávka. Tuto odpověď zvolilo šedesát tři žen (32,6 %). Politováníhodné pak bylo zjištění odpovědi tří respondentek, které zvolily možnost, nejsou žádná omezení, alkohol nemá žádný vliv (1,6 %). Následovala otázka, co tedy může dlouhodobé vystavení plodu alkoholu způsobit. U této odpovědi ženy správně volily možnost vše výše zmíněné (78,9 %), tedy vrozené vývojové vady, mentální retardaci, poškození mozku, defekty těla a obličeje. Dále bylo zjišťováno, zda respondentky vědí, jaký způsob podání marihuany má pro dítě menší následky. Správně odpovědělo sto šestnáct žen (60,7 %) vdechnutím. Neradostná byla odpověď sedmi (3,7 %), které by volily aplikaci do žíly. Na otázku jaký vliv má kouření na plod, odpověděla většina (60,3 %) správně vše výše zmíněné tedy způsobuje omezený přísun kyslíku k plodu, děti se rodí předčasně s nízkou porodní hmotností, může dojít k mozkovému poškození, děti mohou mít problém se soustředěním. Otázku, která rizika mohou postihnout kuřačky, zodpověděla většina žen (60,9 %) správně, opět volbou vše výše zmíněné tedy mimoděložní těhotenství, samovolný potrat, různé deformity plodu a předčasný porod. Zkoumala se také povědomost v souvislostech kouření a kojení. Bylo zjištěno, že téměř všechny ženy (93,8 %) jsou si vědomy o negativních vlivech kouření na kojení. Dvanáct respondentek (6,2 %) však neví, že kouření kojení negativně ovlivňuje. Následující otázkou jsme zjistili, jaký mají ženy názor na odvykání kouření v těhotenství. Přibližně dvě třetiny (66,5 %) by postupně snižovaly dávky a jedna třetina (33,5 %) je toho názoru přestat s kouřením ihned. U této otázky se často názory odborníků „rozcházejí“. Někteří tvrdí, že by žena měla přestat kouřit ihned. Druzí jsou zastánci názoru, že pokud je žena zvyklá kouřit více jak 10 cigaret denně, není vhodné přestávat ze dne na den kvůli změnám, kterým tělo při odvykání prochází. Další otázka se již týkala povědomosti v oblasti odborné terminologie. Otázky se týkaly pojmů intrauterinní růstová restrikce a hypoxie. O intrauterinní růstové restrikci již slyšelo třicet čtyři respondentek (17,6 %), přesto více jak polovina (82,4 %) se s tímto termínem nikdy nesešlo. Co se týče termínu hypoxie, tak správně většina (83,1 %) ví, že znamená nedostatek kyslíku. Našli se ale i respondentky, které si myslí, že hypoxie je narušená tvorba krevních elementů (9 %). Trochu jsme v dotazníkovém šetření přiblížily ženám poporodní hodnocení novorozence, tzv. skóre podle Apgarové a zeptali se, jak by podle nich měl vypadat zdravý novorozenec. Většina odpovídala správně, a to opovědi narůžovělá pokožka (84,5 %). Je však zvláštní, že si některé respondentky myslí, že zdravý novorozenec má pokožku namodralou (10,4 %). Předposlední otázkou jsme zjišťovali, zda ženy někdy slyšely o abstinčním syndromu novorozence a mile překvapivé bylo zjištění,

že většina respondentek (75,1 %) ano. Našli se ale i takové, které ne (22,3 %) a dokonce i ženy (2,6 %), které nevěří, že abstinenční syndrom existuje. Poslední otázkou jsme prověřovali přehled žen v oblasti jedné z nejčastěji užívaných látek – kofeinu. Byla položena otázka týkající se konzumace přiměřeného množství kofeinu v těhotenství. Ptali jsme se, zdali je konzumace přiměřeného množství kofeinu v těhotenství nevhodná. Polovina respondentek (50,5 %) opověděla ano, kofein je v těhotenství nevhodný i v malých dávkách. Druhá polovina (49,5 %) je toho názoru, že nikoliv. Druhá polovina má pravdu, studie dokázaly, že konzumace přiměřeného množství kofeinu (do 200 mg), odpovídající zhruba 1-2 šálkům středně silné kávy nemají na dítě negativní vliv. U žen v reprodukčním věku byla předpokládána o něco větší informovanost. Je nutné zvážit, zda je vinou nedostatečná informovanost ze strany odborníků či lhostejnost některých žen ve snaze samo vzdělávání se.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen v reprodukčním věku různých věkových skupin o problematice novorozenců matek závislých na návykových látkách. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části bakalářské práce byla popsána závislost, kterou vše začíná. Dále pak byly popsány jednotlivé návykové látky a vliv návykových látek na plod a novorozence. V dalších kapitolách jsou popsány jednotlivé následky, které tyto látky mohou způsobit. V poslední kapitole teoretické části je popsán abstinční syndrom novorozence, který s danou problematikou úzce souvisí a který můžeme s větší pravděpodobností u novorozenců vystavených návykovým látkám očekávat.

Druhá část bakalářské práce je praktická. Zde jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření a následná diskuze. Byl stanoven jeden hlavní cíl a dva cíle dílčí.

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen v reprodukčním věku o problematice novorozenců matek závislých na návykových látkách. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 194 žen, které odpovídaly na 20 uzavřených otázek dle svého vlastního, nikterak ovlivněného smýšlení a vzdělání. Cíl byl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo snížení nevědomosti těchto žen o dané problematice. Snížení jsme dosáhly pomocí informačního materiálu. Cíl splněn.

Druhým dílčím cílem pak bylo vypracování informačního materiálu. Cíl splněn.

Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že jsou ženy v reprodukčním věku, ve zkoumané oblasti informovány nedostatečně. Posuzujeme tak z toho důvodu, že na některé otázky, které byly součástí dotazníkového šetření, neodpověděly vůbec nebo uvedly odpovědi chybné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví: revue littéraire mensuelle*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ, 2011. *Těhotná v ordinaci gynekologa*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2518-8.

COURT, Eton, 2007. Recognizing FASD. *National Organization on Fetal Alcohol Syndrome* [online]. Washington D.C. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://www.nofas.org/recognizing-fasd/>

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-405-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

Fetal Alcohol Syndrome: What are the treatments for fetal alcohol syndrome? [online], 2015. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/fetal-alcohol-syndrome>

GUPTA, Keshav K., Vinay K. GUPTA a Tomohiro SHIRASAKA, 2016. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. **40**(8), 1594-1602. DOI: 10.1111/acer.13135. ISSN 01456008. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.13135>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

Kofein, 2018. *Wikiskripta* [online]. Praha 2: Mefanet [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Kofein>

KUDELA, Milan, 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6.

LANDGRAF, Mirjam N. et al., 2013. TheDiagnosisofFetalAlcohol Syndrome. *DeutschesArzteblatt International* [online]. **110**(42), 703-710 [cit. 2018-02-14]. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0703. ISSN 18660452. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=24a80323-91f1-45a3-a692-68395b7ea750%40sessionmgr4010>

L.LONGO, Dan, 2016. Neonatal Abstinence Syndrome: Management. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*. 12. DOI: 10.1056.

Lithium Compounds - Lithium Chloride; Study shows lithium chloride blunts brain damagelinked to fetalalcohol syndrom 2017, , Atlanta.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2014. *Víme o drogách všechno?*. Praha: WoltersKluwer. ISBN 978-80-7478-589-4.

MIOVSKÝ, Michal, 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0865-2.

MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-45886.

NEŠPOR, Karel, ŽIŽKOVÁ, Blanka, ed., 2007. *Návykové chování a závislost: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-267-6.

PROCHÁZKA, Martin et al., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc. ISBN 978-80-906280-0-7.

Přiměřené množství kofeinu v těhotenství neškodí: Co může kofein v těhotenství způsobit?, 2015. *Gynweb: Co může kofein v těhotenství způsobit?* [online]. Praha 8: GYNWEB [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.gynweb.cz/tehotenstvi-a-porod/vyziva/kofein-v-tehotenstvi>

R. HANKIN PH.D., Janet, 2002. FetalAlcohol Syndrome PreventionResearch. *Theendowmentforhumandevlopment*. **26**(1), 58-65.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

STARÁ, MUDr. Veronika, 2009. Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba: Diagnostika novorozeneckého abstinenčního syndromu. *Pediatric pro praxi*. 382-384.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. *Návykové látky v těhotenství: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Triton. Rádci pro zdraví. ISBN 80-725-4829-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Blanka ŽIŽKOVÁ, ed., 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Triton. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7387-095-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AC	AbdominalCircumference
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
FAS	Fetální alkoholový syndrom
FGR	Fetalgrowthrestriction
FSH	Folikuly stimulující hormon
HIV	Humanimmunodeficiency virus
IUGR	Intrauterinní růstová restrikce
LH	Luteinizační hormon
NAS	Neonatální abstinenční syndrom
O ₂	Kyslík
RDS	Respiratorydistress syndrome
SGA	Smallforgestationalage
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
TBC	Tuberkulóza
THC	Tetrahydrocannabinol
VVV	Vrozené vývojové vady

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek	38
Graf 2 Vzdělání respondentek	39
Graf 3 Užívání návykových látek	40
Graf 4 Možnosti poškození	41
Graf 5 Ovlivnění průběhu porodu	42
Graf 6 Nejčastěji užívaná látka	43
Graf 7 Skupina rodiček užívající návykové látky	44
Graf 8 Rychlost dostání se heroinu do tkání plodu po nitrožilní aplikaci	45
Graf 9 Bezpečná dávka alkoholu	46
Graf 10 Vystavení plodu alkoholu	47
Graf 11 Způsob podání marihuany	48
Graf 12 Vliv kouření	49
Graf 13 Rizika postihující kuřačky	50
Graf 14 Kojení	51
Graf 15 Postup při odvykání	52
Graf 16 Intrauterinní růstová restrikce	53
Graf 17 Hypoxie	54
Graf 18 Zdravý novorozenec	55
Graf 19 Abstinční syndrom novorozence	56
Graf 20 Konzumace kofeinu	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení jednotlivých projevů života dle Apgarové.....	28
Tabulka 2 Skóre dle Finneganové	32
Tabulka 3 Věk respondentek	38
Tabulka 4 Vzdělání respondentek	39
Tabulka 5 Užívání návykových látek	40
Tabulka 6 Možnosti poškození.....	41
Tabulka 7 Ovlivnění průběhu porodu.....	42
Tabulka 8 Nejčastěji užívaná látka.....	43
Tabulka 9 Skupina rodiček užívající návykové látky.....	44
Tabulka 10 Rychlost dostání se heroinu do tkání plodu po nitrožilní aplikaci	45
Tabulka 11 Bezpečná dávka alkoholu	46
Tabulka 12 Vystavení plodu alkoholu.....	47
Tabulka 13 Způsob podání marihuany	48
Tabulka 14 Vliv kouření.....	49
Tabulka 15 Rizika postihující kuřačky.....	50
Tabulka 16 Kojení	51
Tabulka 17 Postup při odvykání.....	52
Tabulka 18 Intrauterinní růstová restrikce	53
Tabulka 19 Hypoxie	54
Tabulka 20 Zdravý novorozenec	55
Tabulka 21 Abstinenční syndrom novorozence	56
Tabulka 22 Konzumace kofeinu.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník	69
Příloha 2 Informační leták	73

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ

Příloha 1 Dotazník

Zdravím,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás, všechny (ŽENY) poprosit o vyplnění mého dotazníku, který bude základem pro vypracování praktické části mé bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce je Problematika novorozenců matek závislých na návykových látkách. Tento dotazník je určen všem ženám v reprodukčním věku, ať již rodili nebo ne. Účast v dotazníkovém šetření je naprosto anonymní a slouží pouze pro účely mé práce.

U každé otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který jste věnovaly vyplnění dotazníku.

1) Kolik je Vám let?

- 15-18 let
- 19-25 let
- 26-35 let
- 36-49 let

2) Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- Bez vzdělání
- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3) Užívala jste někdy nějakou návykovou látku? (mimo kofein)

- Ne
- Ano

4) Myslíte si, že mohou návykové látky poškodit dítě?

- Ne nemohou
- Ano, ale jen dočasně (než se narodí)
- Ano a to i trvale (v pozdějším vývoji)

5) Může dlouhodobé užívání návykových látek ovlivnit průběh porodu?

- Ne
- Ano

- 6) Nejčastěji užívanou návykovou látkou v dnešní době je?
- Nikotin a alkohol
 - Marihuana
 - Metamfetamin
- 7) Do jaké skupiny podle Vás patří rodičky užívající návykové látky?
- Fyziologické těhotenství
 - Rizikové těhotenství
 - Patologické těhotenství
- 8) Jak dlouho trvá, než se dostane do tkání plodu heroin po nitrožilní aplikaci?
- Ihned
 - 10-15 minut
 - 30 minut
 - 1 hodina
 - Nedostane, heroin na plod nemá žádný vliv
- 9) Jaká dávka alkoholu je považována za bezpečnou? (nemá na plod vliv)
- 2 piva (jedno o obsahu 0,5 l)
 - 2 sklenice vína (jedna o obsahu 0,2 l)
 - 1 sklenice vína (jedna o obsahu 0,2 l)
 - Nejsou žádná omezení, nemá žádný vliv
 - Žádná
- 10) Co může způsobit dlouhodobé vystavení plodu alkoholu?
- Vrozené vývojové vady
 - Mentální retardaci
 - Defekty těla a obličeje
 - Poškození mozku
 - Vše výše zmíněné
- 11) Pokud je těhotná žena závislá na marihuaně, jaký způsob podání má pro dítě menší následky?
- Ústně
 - Vdechnutí
 - Aplikace do žíly

12) Jaký vliv má kouření na plod?

- Způsobuje omezený přísun kyslíku
- Děti se rodí předčasně s nízkou porodní hmotností
- Může dojít k lehkému mozkovému poškození
- Děti mají problém se soustředěním
- Všechny výše zmíněné možnosti

13) Která rizika mohou postihnout kuřačky?

- Mimoděložní těhotenství
- Předčasný porod
- Samovolný potrat
- Všechny výše zmíněné možnosti
- Různé deformity plodu

14) Myslíte si, že může kouření ovlivnit kojení?

- Ne
- Ano

15) Pokud žena kouří (10 a více cigaret denně) a zjistí, že je těhotná, je vhodné přestat s kouřením ihned nebo by měla dávku postupně snižovat?

- Ihned přestat
- Postupně snižovat

16) Slyšela jste někdy o intrauterinní růstové restrikci?

- Ne
- Ano

17) Víte, co znamená slovo hypoxie?

- Nedostatek kyslíku
- Narušená tvorba krevních elementů
- Poškození mozku

18) U každého novorozence se hodnotí tzv. skóre podle Apgarové (barva, srdeční frekvence, respirační úsilí, svalové napětí a reakce). Jak by podle Vás měl vypadat zdravý novorozenec?

- Narůžovělá pokožka
- Bledá pokožka
- Namodralá pokožka

19) Slyšela jste někdy o abstinčním syndromu novorozence?

- Ne
- Ano
- Nemyslím si, že něco takového existuje

20) Je podle Vás konzumace přiměřeného množství kofeinu (do 200 mg, což odpovídá zhruba 1-2 šálkům středně silné kávy) v těhotenství nevhodná?

- Ne, přiměřené množství nemá negativní vliv
- Ano, kofein je v těhotenství nevhodný i v malých dávkách

PŘÍLOHA P II: INFORMAČNÍ LETÁK

Příloha 2 Informační leták