

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Tereza Šedová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Návykové látky v těhotenství

Tereza Šedová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Šedová**  
Osobní číslo: **Z14057**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Návykové látky v těhotenství**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Monografie (Úřad vlády České republiky), 2003. ISBN 80-86734-05-6.
3. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
4. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
5. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. Návykové látky v těhotenství. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.

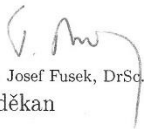
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Barbora Faltová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2017

### **Prohlášení autora**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2017

Tereza Šedová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Barboře Faltové, za užitečné rady, připomínky a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se účastnily výzkumu a své rodině za podporu během celého studia.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce je věnována návykovým látkám v těhotenství. Teoretická část se věnuje těhotenství a prenatální péči, dále drogové závislosti, jednotlivým skupinám návykových látek a popisu jejich vlivu na průběh těhotenství, plod a novorozence. Zaměřuje se na důsledky užívání návykových látek v těhotenství a populaci drogově závislých těhotných žen, dále definuje specifika prenatální péče žen s drogovou závislostí a léčbu drogové závislosti těhotných žen. Cílem výzkumné části bylo zjistit rozsah informací těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. V této části jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

těhotenství, návykové látky, drogy, drogová závislost, informovanost

## **TITLE**

Addictive substances in pregnancy

## **ANNOTATION**

This thesis deals with drug abuse during pregnancy. The theoretical part discusses pregnancy and prenatal care, drug addiction, particular groups of addictive substances and describes their influence on the process of pregnancy, foetus and neonate. It focuses on consequences of drug usage in pregnancy and population of drug addict pregnant women. Further, it defines particularities of prenatal care for drug addict women and addiction treatment of pregnant women. The goal of the practical part of the thesis is to inquire extent of drug awareness of pregnant women. The outcomes of quantitative inquire are presented here.

## **KEYWORDS**

pregnancy, addictive substances, drugs, drug addiction, drug awareness

# OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Těhotenství.....	13
1.1 Prenatální péče.....	14
1.2 Užívání léků v průběhu těhotenství.....	15
2 Drogová závislost.....	17
2.1 Příčiny vzniku závislostí.....	17
2.1.1 Droga.....	18
2.1.2 Prostředí.....	18
2.1.3 Organismus.....	18
2.2 Charakteristika jednotlivých skupin návykových látek a jejich vliv na průběh těhotenství, plod a novorozence.....	18
2.2.1 Opioidy.....	18
2.2.2 Stimulační drogy.....	20
2.2.3 Kanabinoidy.....	21
2.2.4 Halucinogeny.....	22
2.2.5 Alkohol.....	23
2.2.6 Nikotin.....	24
2.2.7 Kofein.....	25
3 Drogová závislost a těhotenství.....	26
3.1.1 Primární prevence.....	26
3.1.2 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství.....	27
3.1.3 Populace drogově závislých těhotných žen.....	28
3.1.4 Specifika prenatální péče žen s drogovou závislostí.....	28
3.1.5 Léčba drogové závislosti těhotných žen.....	29
3.1.6 Porod drogově závislých žen.....	31



VÝZKUMNÁ ČÁST .....	32
1 Hlavní cíl.....	32
2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metodika výzkumu .....	32
3.1 Technika sběru dat .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
4 Presentace výsledků.....	34
5 Diskuse.....	52
5.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaké je povědomí těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství? .....	52
5.2 Výzkumná otázka č. 2: Jakou mají ženy zkušenost s návykovými látkami v těhotenství? .....	54
Závěr.....	56
6 Použitá literatura.....	58
7 Příloha – dotazník k výzkumné části práce.....	60

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pravidelná návštěvnost gynekologa .....	34
Obrázek 2 Zájem gynekologa o užívání návykových látek.....	35
Obrázek 3 Vliv návykových látek na zdraví.....	36
Obrázek 4 Vliv návykových látek na vlastní zdraví .....	37
Obrázek 5 Vliv návykových látek na zdraví dítěte .....	38
Obrázek 6 Zdroj informací o rizicích návykových látek.....	39
Obrázek 7 Zkušenost s kofeinem v těhotenství .....	40
Obrázek 8 Zkušenost s kouřením v těhotenství .....	41
Obrázek 9 Onemocnění spojená s kouřením .....	42
Obrázek 10 Rizika pro dítě, jehož matka kouří .....	43
Obrázek 11 Zkušenost s alkoholem v těhotenství.....	44
Obrázek 12 Onemocnění spojená s alkoholem.....	45
Obrázek 13 Rizika pro dítě, jehož matka pije alkohol .....	46
Obrázek 14 Zkušenost s marihuanou v těhotenství.....	47
Obrázek 15 Zkušenost s tvrdými drogami v těhotenství .....	48
Obrázek 16 Onemocnění spojená s tvrdými drogami .....	49
Obrázek 17 Rizika pro dítě, jehož matka užívá tvrdé drogy .....	50
Obrázek 18 Dostatečná dostupnost informací o návykových látkách.....	51

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

CNS	centrální nervový systém
CTG	kardiotokografie
FAS	fetální alkoholový syndrom
FDA	Food and Drug Administration
HIV	human immunodeficiency virus
LSD	diethylamid kyseliny D – lysergové
THC	tetrahydrocannabinol

## ÚVOD

Historie drogové závislosti a užívání drog sahá až k počátkům samotného lidstva. Již v Mezopotámii v období neolitu (8000-5000 let př. n. l.) znali vlastnosti makové šťávy. Ve starém Egyptě (14. století př. n. l.) byl mák pěstován pro výrobu léku proti bolesti, opia. Již v tomto období byly kromě léčebných účinků známy i účinky opojné. Jednou z nejstarších a nejvíce užívaných drog je alkohol. Mezi návykovými látkami má významné postavení, a dokonce i tradici. S prvními zmínkami o pěstování obilovin se objevily i zmínky o výrobě prvních kvašených nápojů. Konopí také patří mezi nejstarší kulturní rostliny. V čínské literatuře byla tato rostlina prezentována jako lék proti zácpě, revmatismu nebo malárii. Indická literatura konopí popisuje jako lék proti řadě nemocí, ale zmiňuje i využití v oblasti duchovna. Staré indiánské legendy tvrdí, že listy keře koka přinesl syn Slunce vyvolenému národu Inků. Tzv. „božský list“ prý hladové nasytí, vyčerpané posílí a zarmoucené rozveselí. Pro své posilovací účinky se užívá do dnes pro usnadnění pohybu ve vysokých nadmořských výškách. Zpočátku byly drogy využívány pro léčivé vlastnosti, později i pro vlastnosti opojné. Dávni předkové udržovali respekt k těmto látkám a uctívali je podobně jako božské síly. Až v 19. století, v období velkých objevů a s rozvojem farmacie došlo k výraznému rozšíření návykových látek. Od 20. století se rozlišují drogy legální a nelegální. Mezi legální se řadí alkohol a nikotin, mezi nelegální patří konopí, heroin, kokain atd. Výroba a distribuce nelegálních drog je zakázána a trestána. Došlo k výraznému zpřísnění pravidel pro zacházení s důležitými léčivy. Roste význam prevence a léčby závislostí, ale i přesto stále narůstá počet závislých a objevují se nové drogy (Vavřínková, Binder, 2006, s. 11-13).

Bakalářskou práci na téma návykových látek v těhotenství jsem se rozhodla vypracovat z důvodu vlastního zájmu o tuto problematiku a možnosti rozšíření znalostí v dané oblasti. Domnívám se, že téma návykových látek je poměrně známé a často diskutované v dnešní společnosti. I přesto však literatura (Velemínský, Žižková, 2008) uvádí, že počet uživatelů drog každým rokem stoupá a 17 % těhotných žen v České republice se v životě setkalo s nelegálními návykovými látkami.

Cílem této práce je zjistit rozsah informací těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Dále se budu zaměřovat na povědomí těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Zajímat se budu také o to, jakou mají ženy zkušenost s návykovými látkami v těhotenství.

# TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části je nejprve popsáno samotné těhotenství a prenatální péče. Následně je rozebrána drogová závislost a příčiny jejího vzniku. Následuje rozdělení návykových látek na jednotlivé skupiny a popis jejich vlivu na průběh těhotenství, plod a novorozence. Dále navazuje kapitola, která je věnována drogové závislosti a těhotenství, konkrétně důsledkům užívání návykových látek v těhotenství, populaci drogově závislých těhotných žen, specifikům prenatální péče žen s drogovou závislostí a v neposlední řadě léčbě drogové závislosti těhotných žen.

## 1 TĚHOTENSTVÍ

*„Délka těhotenství se podle mezinárodní konvence udává v ukončených týdnech a dnech, např. 28 týdnů a 3 dny (28 + 3 od prvního dne poslední menstruace). Je důležité držet se tohoto způsobu, aby v klinické praxi nevznikalo nedorozumění při diskusi o konkrétních případech.“*  
(Maršál in Hájek, 2014, s. 31-32)

Těhotenství trvá od oplodnění vajíčka do porodu zralého plodu. Jak uvádí Maršál in Hájek (2014), přesnou dobu trvání však není možné určit. I přes to, že k ovulaci a oplodnění vajíčka došlo zhruba o 14 dní dříve, se gravidita v porodnictví počítá od prvního dne poslední menstruace. Průměrná délka těhotenství byla díky studiím na velkých souborech stanovena na 280 dnů, čemuž odpovídá 40 ukončených týdnů + 0 dnů, což je 10 lunárních, popřípadě 9 kalendářních měsíců.

Z hlediska klinické problematiky se gravidita dělí na tři období, na tzv. trimestry. První trimestr trvá 12 týdnů, druhý do 28 týdnů a třetí od 28 týdnů do termínu porodu. Během každého trimestru dochází k předem známým změnám, jak u matky, tak u plodu. Díky znalosti těchto specifických změn je možné včas odhalit případné odchylky od fyziologického vývoje (Leifer, 2004, s. 59).

S délkou těhotenství souvisí i propočet termínu porodu a určení stáří těhotenství. Existuje několik způsobů k vypočítání termínu porodu. Krejčí in Hájek (2014) uvádí jako jeden z nejčastěji užívaných propočetů propočet podle prvního dne poslední menstruace, tzv. Naegelovo pravidlo. K prvnímu dni poslední menstruace přičteme sedm dní, odečteme tři kalendářní měsíce, a tím dostaneme termín porodu. Dále je možné vypočítat termín porodu dle termínu koncepce. K datu oplodňující soulože přičteme 268 dnů, čímž získáme termín porodu. V praxi se používá odečtení tří kalendářních měsíců od data pravděpodobné koncepce.

Nejpřesnější metodou je ultrazvuková biometrie v prvním trimestru. Mezi další metody, které lze využít pro výpočet termínu porodu, patří propočet podle prvních pohybů plodu vnímaných těhotnou ženou, podle výšky děložního fundu nebo pomocí gravidometrie.

## 1.1 Prenatální péče

Každá žena, u které je stanovena gravidita, má právo si vybrat prenatální poradnu, kterou bude navštěvovat. Nutná je však dohoda s daným pracovištěm s ohledem na jeho kapacitu. Přesto, že naše zdravotnictví zaručuje možnost svobodné volby lékaře, má i zvolený lékař právo rozhodnout o poskytnutí péče s ohledem na to, zda má k odpovídající péči vhodné podmínky a příslušnou kvalifikaci, v neposlední řadě pak záleží na zdravotním stavu samotné těhotné ženy. Těhotná žena musí být seznámena s významem pravidelných lékařských prohlídek a prenatální péče. Poučení těhotné se týká i rizik spojených s infekčními onemocněními, kouřením, alkoholem, toxikomanií atd. Veškeré údaje získané během prenatální péče a jednotlivých prohlídek lékař zaznamenává do těhotenského průkazu, který je každé těhotné ženě vystaven. Hlavním cílem prenatální péče je zabezpečení těhotné ženy, velmi důležitá je prevence možných nežádoucích stavů, včasný záchyt odchylek od normálního průběhu těhotenství, a zajištění všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření včetně screeningu vrozených vývojových vad (Krejčí in Hájek, 2014, s. 83).

Leifer (2004) označuje za důležité včasné zahájení prenatální péče a pravidelně provádění kontrol v rámci prenatální péče. Porodní asistentka v prenatální péči vyhodnocuje fyzický stav těhotné ženy, identifikuje a přehodnocuje rizikové faktory, poučuje těhotnou o tom, jak má pečovat sama o sebe, poskytuje poradenství o vyvážené stravě a zdravém životním stylu, poučuje o zdravých návycích, naslouchá a zodpovídá veškeré dotazy těhotné ženy, případně i jejího partnera. Jedním z nejdůležitějších cílů je zajištění bezpečného porodu pro matku i dítě. Aby bylo možné dosáhnout těchto cílů, je nezbytné, aby lékaři a porodní asistentky úzce spolupracovali jako tým.

V České republice je prenatální péče vymezena v doporučeném postupu v perinatologii Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Tímto dokumentem je stanovena nepodkročitelná, základní frekvence kontrol a rozsah péče poskytované ženám s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Těhotné rozdělujeme na tři základní skupiny podle možného rozsahu těhotenského rizika:

**Těhotné ženy s malým rizikem** – pacientky, které nemají v anamnéze rizikové faktory, výsledky všech klinických a laboratorních vyšetření v průběhu gravidity mají normální. Jedná

se o fyziologické těhotenství a těmto ženám je poskytována dispenzární péče, do 36. týdne gravidity včetně v intervalu čtyř týdnů a od 37. týdne do termínu porodu jedenkrát týdně. Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které si vybrala pro porod, již od 36. týdne, nejpozději však v termínu porodu.

**Těhotné se středním rizikem** – pacientky, které mají v anamnéze rizikové faktory, výsledky klinických a laboratorních vyšetření jsou ale normální. Jedná se o rizikové těhotenství. Frekvence návštěv závisí na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Při abnormálních laboratorních výsledcích je žena sledována stejně, jako při patologickém těhotenství.

**Těhotné s vysokým rizikem** – pacientky, které většinou mají v anamnéze rizikové faktory, výsledky klinických nebo laboratorních vyšetření jsou patologické a definují konkrétní riziko. Jedná se o patologické těhotenství.

Podle cílové skupiny těhotných žen dělíme prenatální péči na primární, kterou poskytují obvodní prenatální poradny a privátní porodní asistentky, sekundární, kterou poskytují ambulance pro riziková těhotenství a terciální, kterou poskytují superkonziliární ambulance pro patologická těhotenství (doporučený postup v perinatologii Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství).

## 1.2 Užívání léků v průběhu těhotenství

Účinky léků v době gravidity je nutné znát z hlediska prevence vrozených vývojových vad, z hlediska prevence vzniku velmi závažných až kritických poškození zdraví matky i plodu. Tato poškození mohou nastat v období před porodem, v průběhu porodu i po porodu. Jako vrozené vývojové vady jsou označovány odchylky fenotypů projevující se během gravidity, v průběhu porodu nebo po porodu. Například se může jednat o alteraci buněk, tkáně nebo celých systémů. Jedná se o strukturální poruchy, ale také o poruchy funkční a behaviorální. Teratogeny jsou látky, které tyto odchylky fenotypu způsobují. Léky jsou řazeny mezi chemické teratogeny a na vzniku vrozených vad se podílejí zhruba v 1-3 %. Během těhotenství léky pronikají přes placentu. Část proniká v podobě metabolitů vzniklých v organismu matky a některé se přeměňují přímo v placentě. Mateřské faktory, dávka léku, gestační stáří plodu a jeho schopnost lék v cílových tkáních vázat a metabolizovat ovlivňují účinky léků na plod. Užívání léků během těhotenství je nejvíce kritické v období prvního trimestru. Do 17. dne od oplození (období blastogeneze) nedochází ke vzniku vrozené vývojové vady. Podle pravidla „vše, nebo nic“ embryo buď zaniká, nebo se poškozené buňky nahradí novými a embryo se vyvíjí dál. Teratogenní účinek léku se může projevit naplno mezi 17. až 55. dnem (období organogeneze).

Charakter léku a především fáze organogeneze, ve které je lék užit, má vliv na to, jaká vada se projeví. Existují také léky, které negativně ovlivňují organismus matky a mohou mít vliv na průběh porodu a šestinedělí.

Léky jsou zařazeny do skupin podle závažnosti jejich vlivu na plod. V České republice se ujala klasifikace s následujícím dělením:

- léky s jednoznačně prokázanou teratogenitou (warfarin, cytostatika, kokain)
- léky s pravděpodobnou teratogenitou (antiepileptika, lithium)
- léky s možnou teratogenitou (hormonální preparáty, enzymové inhibitory, diazepam)
- léky, kde teratogenitu nelze prozatím vyloučit (Gerych in Hájek, 2014, s. 64).

Celosvětově je nejvíce využívána klasifikace americké Food and Drug Administration (FDA) z roku 1976 – léčivé přípravky jsou v ní rozděleny do pěti kategorií:

A – kontrolované studie na těhotných ženách neprokázaly žádné teratogenní riziko

B – kontrolované studie na zvířatech neprokázaly teratogenní vliv na plod, ale odpovídající studie na lidech nebyly provedeny

C – kontrolované studie na zvířatech prokázaly teratogenní účinky na plod, ale u lidí nebyly provedeny, benefit z jejich podání však převyšuje riziko nežádoucích účinků

D – o teratogenitě léků z této skupiny jsou vědecky podloženy důkazy, tyto léky lze použít pouze v život zachraňujících situacích

X – jednoznačně prokázaná teratogenita absolutně vylučuje užití přípravku v léčbě těhotné ženy nebo plodu.



## 2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

*„Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy (abstinence).“ (Nešpor, 2011, s. 11)*

Podle Bindera in Hájek (2004) lze definovat drogovou závislost jako psychický, případně i fyzický stav, pro který jsou typické změny chování, nutkání k opakovanému a neustálému užívání drogy nejen kvůli jejím psychickým účinkům, ale i proto, aby se nedostavil nepříjemný stav, který vzniká z důvodu nedostatku drogy v organismu. Jinými slovy také toxikománie či závislost na návykových látkách.

Stav závislosti na návykových látkách je řazen mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy. Jedná se tedy o onemocnění, jako každé jiné. Proto je možné tyto závislosti diagnostikovat, je třeba je léčit a je možné jim předcházet. Jako drogy jsou označovány takové látky, jejichž užívání souvisí s rizikem vzniku závislosti a jsou nelegálně šířené. Přičemž závislost je definována jako potřeba opakovaného nutkavého užívání. Na každou farmakologicky účinnou látku může vzniknout závislost, v některých případech může vzniknout závislost i na placebo. Nejčastějšími důvody užívání návykových látek jsou povzbuzení a prožívání příjemného stavu, kterého jiným způsobem nelze dosáhnout (Fischer, Škoda, 2014, s. 82).

Nešpor (2011) ve své literatuře uvádí šest základních znaků závislosti. Jako první zmiňuje silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku. Dále zhoršené sebeovládání při užívání látky v souvislosti se začátkem či ukončením užívání nebo množstvím užívané látky. Tělesný odvykací stav, který souvisí s užíváním látky za účelem zmírnění odvykacího stavu. Růst tolerance k účinku látky, proto přichází vyžadování vyšších dávek látky. Dalším znakem je postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů z důvodu vyšší časové náročnosti týkající se získání či užívání látky. Jako poslední uvádí pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje pouze v případě, kdy v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo více z výše zmiňovaných jevů.

### 2.1 Příčiny vzniku závislostí

Na vzniku závislosti mají podíl tři skupiny činitelů – droga, člověk a prostředí. Při studiu je třeba chápat drogovou závislost komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, jelikož jednotlivé složky na sebe vzájemně působí a doplňují se (Binder in Hájek, 2004, s. 223).

### **2.1.1 Droga**

Binder in Hájek (2004) označuje jako jeden z nejdůležitějších faktorů při vzniku závislosti drogu. Rozlišují se základní schopnosti drogy, mezi které patří schopnosti vyvolání silného psychického účinku a vyvolání nepříjemného pocitu po odepření pravidelné dávky drogy. Důležitým faktorem je také dostupnost drogy. Z tohoto hlediska jsou nebezpečné legální drogy, protože dostupnost alkoholu a cigaret je velmi snadná. Nelegální drogy a jejich distribuce úzce souvisí s kriminálním prostředím.

### **2.1.2 Prostředí**

Dalším velmi významným faktorem je prostředí a s ním spojená dostupnost drog. Prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek rodičovské péče nebo kriminální prostředí napomáhá vzniku drogové závislosti. Také chronický stres může usnadnit vznik závislosti. Člověk je schopen reagovat na známé prostředí, spojené s užíváním drogy, excitací stejných mozkových center, jako při aplikaci samotné drogy (Vavřínková, Binder, 2006, s. 15).

### **2.1.3 Organismus**

Vavřínková, Binder (2006) poukazují na význam tzv. sexuálního faktoru, tedy rozdílné dispozice k závislosti u žen a mužů. U žen se závislost vyvíjí dříve, jsou výrazně citlivější k drogám a jejich citlivost kolísá během menstruačního cyklu. Naopak v případě léčby závislosti reagují ženy rychleji. S ještě výraznější citlivostí k drogám se setkáme u dětí, u nichž se závislost vyvíjí rychleji a dramatičtěji. Závislími na drogách se často stávají lidé zvědaví, zvídaví, vyhledávající nové zážitky a experimenty, kteří se nebojí riskovat. Může se jednat o kreativní osobnosti, umělce či vyznavače adrenalinových sportů. Závislími se ale také mohou stát lidé s depresivními poruchami, s úzkostnými poruchami nebo lidé psychicky nevyrovnaní.

## **2.2 Charakteristika jednotlivých skupin návykových látek a jejich vliv na průběh těhotenství, plod a novorozence**

### **2.2.1 Opioidy**

Jako opioidy označujeme alkaloidy získávané ze surového opia, přičemž opium je hnědá hmota získávaná naříznutím nezralé makovice (papaver somniferum). Mezi základní alkaloidy, které jsou obsaženy v opiu, patří morfin, meconidin, kodein, thebain, papaverin a další. Mezi opioidy jsou pak řazeny drogy jako heroin, opium a morfin. Ve farmakologické formě jsou zneužívány látky Dolsin a Kodein. Psychotropní efekt opioidů je slabý až negativní. Výše zmiňované látky způsobují příjemné uklidnění a uvolnění, pasivní prožívání okamžiku, odstraňují každodenní problémy a umocňují prožitek klidu. Opioidy omezují funkci pozornosti, paměti, úsudku

a mohou vést k celkovému zpomalení. Předávkování vede k prohlubující se ospalosti až spánku, dokonce ke kómatu a v důsledku útlumu dechového centra může nastat také smrt (Vágnerová, 2014, s. 514).

Minařík in Kalina (2003) upozorňuje na typický vznik tzv. tolerance u opiátů. Tolerance znamená, že při opakovaném užití látky organismus „přivyká“ na vysoké dávky a pro dosažení požadovaného efektu potřebuje vyšší dávku drogy.

Binder, Vavřínková (2011) publikují, že patofyziologické účinky opiátů jako takových jsou na ženu v průběhu těhotenství pouze minimální. Větší rizika představují následky intravenózní aplikace a rizikového chování při shánění samotné drogy a při shánění prostředků k získání drogy. Prokazatelně vyšší je incidence sexuálně přenosných chorob a infekčních chorob, jako je HIV, hepatitida C, TBC a bakteriální pneumonie.

Ženy závislé na heroinu mívají velmi neuspořádaný způsob života a životní styl. Důsledkem takového chování bývá nedostatečná prenatální péče o jejich těhotenství. Prenatální poradny navštěvují jen velmi zřídka. Některé těhotné navštíví lékaře poprvé až po odtoku plodové vody nebo s nástupem prvních kontrakcí. Snahou je motivovat těhotné ženy k návštěvám prenatálních poraden. Měla by jim být nabídnuta pomoc v kontaktu s některým ze substitučních center (Vavřínková, Binder, 2006, s. 41).

Heroin se vyznačuje rychlým pronikáním placentou. Do fetálních tkání proniká do jedné hodiny od aplikace. Odbourávání drogy v mateřském organismu je doprovázeno odbouráváním u plodu, což může vést ke zvýšenému riziku distresu a úmrtí plodu. Závažným zjištěním je nález anomálie pupečnickových cév. V některých případech může být přítomna pouze jediná artérie. V důsledku placentární insuficience se pak rodí plody s intrauterinní růstovou retardací (Binder in Hájek, 2004, s. 225).

Binder, Vavřínková (2011) uvádějí jako hlavní důkaz neuropsychické abnormality u novorozenců vystavených účinkům opiátů intrauterinně abstinenční syndrom novorozence. Abstinenční syndrom se objevuje většinou 48-72 hodin po porodu u 50-80 % dětí narozených matkám závislým na heroinu. Na doporučení pediatrů se provádí zástava laktace, protože určité množství drogy přechází do mateřského mléka. Kojení je u žen závislých na heroinu z pravidla kontraindikováno.

### 2.2.2 Stimulační drogy

Při užívání stimulačních drog dochází k celkové stimulaci, euforizaci, zrychlují tep a metabolismus, odstraňují únavu, zvyšují pozornost, uvolňují zábrany, navozují pocit zvýšené psychické i fyzické výkonnosti (Fischer, Škoda, 2014, s. 102).

Stimulancia snižují chuť k jídlu, což se projevuje výrazným poklesem hmotnosti. Obvyklé jsou poruchy paměti, pálení pokožky, pocity tepla a chladu, lesklé oči s charakteristickými rozšířenými zornicemi. Tyto látky vyvolávají psychickou závislost, pro kterou je typický craving, tedy dychtění po látce a jejím účinku (Minařík in Kalina, 2003, s. 164).

Metanfetamin neboli **pervitin** je naší nejrozšířenější drogou. K výrobě se používá efedrin, který lze získat z různých kompozitních léků. Psychotropní efekt je velmi výrazný. Pervitin je užíván pro aktivizující účinky, po aplikaci člověk pocítuje zvýšení energie a výkonnosti. Dlouhodobé užívání způsobuje zhoršení emočního ladění a podrážděnost. Opakovaně zvyšující se dávky vyvolávají paranoidní psychotické poruchy (Vágnerová, 2014, s. 515).

Pro závislost na této látce je podle Minaříka in Kalina (2003) typický rychlý vznik návyku a rychlý vzestup tolerance. Uživatelé pervitinu se často domnívají, že mají „drogu pod kontrolou“. Mezi účinky pervitinu se řadí urychlení toku myšlenek, zvýšená pozornost a soustředěnost, lepší schopnost empatie a další. Pervitin se nejčastěji aplikuje nitrožilně, pak ústy nebo intranazálně tzv. šňupáním.

**Kokain** je rostlinný alkaloid nacházející se v listech keře Erythroxylon coca. Stimulační účinky kokainu jsou relativně krátkodobé. Aplikace intravenózní cestou způsobuje intenzivní prožitek tzv. „rush“. Intranazální podání navozuje stav euforie. Poměrně populární je „crack“, tedy kokain upravený pro kouření. Pro závislé na kokainu je typická excitovanost, hyperaktivita, absence společenských zábran a pocit výrazné výkonnosti. Mezi důsledky dlouhodobého užívání je řazena úzkost, nesnášenlivost, podezíravost a agresivita (Martínková, 2007, s. 157).

Těžce závislé ženy na stimulanciích nedochází do prenatální poradny příliš pravidelně. Často jsou verbálně agresivní a excitované. Je nutné vyšetřit možnost nákazy nemocemi, jako je HIV nebo hepatitida (Binder, Vavřínková, 2011, s. 134).

Stimulancia způsobují tachykardii matky a menší prokrvení dělohy, což může vést k hypertenzi, tachykardii a hypoxémii plodu. Děti se často rodí s nízkou porodní váhou a se známkami intrauterinní růstové retardace. Je také prokázáno vyšší procento předčasných

porodů a častější výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence (Vavřínková, Binder, 2006, s. 48).

Přímé účinky stimulancií jsou podle Bindera in Hájek (2004) těžko oddělitelné při polydrogové závislosti žen. Často se setkáváme se ženami, které kromě stimulačních drog užívají další drogy, kouří cigarety nebo pijí alkohol.

Ženám závislým na stimulanciích lékaři kojení nedoporučují, proto se po porodu zastavuje laktace (Binder, Vavřínková, 2011, s. 135).

### **2.2.3 Kanabinoidy**

Konopí seté (*Cannabis sativa*) je dvoudomá jednoletá rostlina. Je zdrojem tetrahydrocannabinolu známého pod zkratkou THC. Nejznámějšími zástupci kanabinoidů jsou marihuana a hašiš. Hašiš je zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičí rostliny konopí. Jako marihuana se označují sušené listy a květenství téže rostliny. Jedná se o nejužívanější drogu na světě. Některé kultury jsou tolerantní vůči kanabinoidům podobně jako naše společnost vůči alkoholu. Tyto látky jsou často označovány za neškodné drogy. Užívání kanabinoidů představuje riziko odstranění zábran a následného přestupu k tzv. tvrdým drogám. Zmiňované nebezpečí pravděpodobně souvisí s vlivem party, kde se může jedinec setkat s experimenty s dalšími látkami (Fischer, Škoda, 2014, s. 100-101).

Charakteristickými účinky těchto látek jsou podle Miovského in Kalina (2003) iluze zrakové, sluchové i hmatové, deformace vnímání času nebo prostoru, sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Konopné látky navozují příjemnou náladu, dlouhý až nezadržitelný smích, ale i stav podobný meditativnímu ponoření. Kanabinoidy způsobují psychickou závislost asi u 8-10 % dlouhodobých uživatelů. Somatickou závislost nevyvolávají. Tolerance se vyvíjí vcelku rychle, ale nemívá vzestupný charakter. Časté, nadměrné a dlouhodobé užívání může přivodit jemné zhoršení krátkodobé paměti či poruchy soustředění.

Kouření je nejčastějším a nejznámějším způsobem aplikace. Dlouhodobé a pravidelné užívání konopných látek prokazatelně ovlivňuje motilitu mužských pohlavních buněk, tedy spermií. U žen se často vyskytuje nepravidelný menstruační cyklus. Užívání kanabinoidů většinou bývá nepravidelné, spíše příležitostné, a proto ženám nedělá potíže při diagnostikování těhotenství užívání přerušit či ukončit. Těhotné s touto závislostí ve většině případů pravidelně navštěvují prenatální poradny a bez výraznějších problémů spolupracují (Vavřínková, Binder, 2006, s. 52).

Plod je ovlivňován marihuanou podle výše dávky. Při chronickém užívání je běžný nižší přírůstek hmotnosti matky a intrauterinní růstová retardace, která je důsledkem chronické hypoxie. Děti uživatelék marihuany mívají sníženou odpověď na osvit, prodlouženou reakci při vyšetření zrakových potenciálů, prodloužený Morruv reflex a svalový třes. Abstinenční syndrom rychle odeznívá a není výrazný. Projevuje se neklidem, zvýšenou dráždivostí a nespavostí (Binder, Vavřínková, 2011, s. 135).

#### **2.2.4 Halucinogeny**

Mezi hlavní zástupce, jak uvádí Vágnerová (2014), patří LSD, celým názvem diethylamid kyseliny D – lysergové. Obvykle je aplikováno formou tzv. tripu, tedy papírových polštářků napuštěných danou látkou. U českých narkomanů je oblíbená látka psilocybin, která je obsažena v houbách lysohlávkách. Většinou se tyto látky podávají perorálně a užívány bývají periodicky. Základním efektem halucinogenů je změna vnímání a vědomí. Většinou se jedná o zrakové halucinace, objevuje se pocit depersonalizace či derealizace.

Efekty při halucinacích jsou subjektivní a značně individuální. Abstinenční syndrom se v tomto případě neprojevuje, nedochází k fyzické újmě ani k samotné závislosti. Tolerance vzniká na psychické i fyzické symptomy. Pro halucinogeny jsou typické také specifické situace zvané „flash back“, což jsou spontánní recidivy zážitků, které měl jedinec během poslední intoxikace, a to bez další aplikace drogy. Tyto stavy se mohou objevovat brzy po aplikaci drogy, ale i po době až pěti let od poslední intoxikace (Fischer, Škoda, 2014, s. 106).

Pro halucinogeny nejsou charakteristické kvalitativní poruchy vědomí. LSD vyvolává sympatomimetickou aktivaci v podobě vzestupu krevního tlaku a tepu. Dále se může objevovat třes, povznesená nálada až euforie. Typickým halucinogenním účinkem jsou vizuální fenomény. Dotyčný vidí barvy sytější, zvuky vnímá „barevně“ a naopak barvy mohou vyvolávat dojem „vnímání tónů“ (Martínková, 2007, s. 158).

U těhotných žen se příliš často s užíváním halucinogenů nesetkáme. Ženy často užívají k halucinogenům i další drogy, a proto nelze přesně určit vliv těchto látek na plod. Podle Bindera, Vavřínkové (2011) se většinou děti, jejichž matky užívaly během těhotenství LSD, potýkají se stejnými problémy jako děti, které byly vystaveny účinkům kokainu. Může se vyskytovat abrupce placenty, prematurita a intrauterinní růstová retardace. Hlavními projevy abstinenčního syndromu jsou poruchy příjmu potravy a spánku, tremor a hypertonus.

### 2.2.5 Alkohol

Podle Fischera, Škody (2014) je o alkoholu známo, že je nejrozšířenější a společností velmi tolerovanou drogou. Pro společnost představuje větší nebezpečí než nelegální drogy, kvůli svým zdravotním a sociálním důsledkům. Alkohol bývá ve světě snadno dostupnou látkou a je mu věnováno množství reklamních kampaní mířených zejména na mladé lidi. Pro většinu zemí platí, že ženy, především starší, pijí alkohol ve výrazně menším množství než muži.

Orel (2016) mluví o alkoholu jako o jedné z psychoaktivních látek, jejíž nabídka je velmi pestrá a snadno dostupná. Někteří lidé alkohol vnímají jako nedílnou součást svého života, nikoli jako problém, a to i přesto, že alkoholová závislost může ovlivňovat život řady lidí. Popíjení alkoholu může být průběžné během delšího období nebo koncentrované do kratších období. Ke konzumaci pak dochází o samotě nebo ve společnosti. Na počátku závislosti člověk preferuje určité druhy alkoholických nápojů, posléze pije cokoli s obsahem alkoholu. Rozlišujeme čtyři fáze rozvoje závislosti na alkoholu. Počáteční fáze se vyznačuje příležitostným pitím, euforií a stoupající tolerancí. Následuje prodromální fáze neboli varovná. Alkohol se stává nutností, objevují se první výpadky paměti a s nedostatkem alkoholu přichází rozladění psychiky. Další fáze se nazývá kruciólní, tedy rozhodující a je pro ni typická ztráta kontroly nad pitím. Dochází k poklesu tolerance, mohou se objevit ranní doušky k odstranění nežádoucích stavů včetně počínajícího odvykacího stavu. Poslední fáze je terminální, konečná. Přichází další pokles tolerance, závislý využívá každou možnou příležitost k pití alkoholu. Charakteristické jsou psychické obtíže, změny osobnosti, výrazné zdravotní problémy a celková degradace.

Podle Bindera, Vavřinkové (2011) i malé množství alkoholu konzumovaného během těhotenství může velmi vážně poškodit plod. Dochází k fyzickým a orgánovým defektům, ale i k psychickým poruchám. Fetální alkoholový syndrom (FAS) je charakterizován řadou specifických malformit mezi které patří kraniofaciální abnormality, prenatalní i postnatalní růstový deficit a abnormality CNS.

Bohužel určení množství alkoholu, které by mohlo vést ke vzniku FAS, není zcela možné. Vavřinková, Binder (2006) prezentují, že požití malého množství alkoholu, například sklenice piva nebo sklenky vína, nemusí pro plod představovat žádné nežádoucí účinky. Ovšem vyšší dávky způsobují intrauterinní růstovou retardaci a následně rozvoj FAS. Nelze však stanovit univerzální zcela bezpečnou dávku, u některých žen může být velmi škodlivá i minimální dávka alkoholu. V České republice se naštěstí s alkoholismem u těhotných žen příliš často

nesetkáváme. Výjimkami bývají starší vícerodičky z nižších sociálních vrstev nebo osamělé svobodné či rozvedené ženy. Většinou se jedná kromě alkoholiček i o silné kuřačky nebo ženy polydrogově závislé. Během těhotenství alkoholiček se dají očekávat určité komplikace. Například u žen trpících cirhózou jater je vyšší výskyt potratů nebo předčasných porodů.

### **2.2.6 Nikotin**

Zdrojem závislosti na tabáku je nikotin, což je účinná látka obsažena v tabáku. Kouřením cigaret dochází k uvolňování nikotinu do kouře, který se společně s dehtem dostává do organismu. Výrazné množství nikotinu je spáleno a do těla vstupuje pouze jeho určitá část. Množství přibližně 60 mg čistého nikotinu je považováno za smrtelnou dávku. Koncentrace nikotinu v cigaretách má účinky mírného stimulantu. Projevuje se především zvýšením krevního tlaku a srdečního tepu. Mezi psychické účinky bývá řazen pocit uvolnění a povzbuzení, odstranění nervozity a napětí. Začínající kuřák nebo člověk, který vykouřil více cigaret v krátkém časovém období, se může setkat s negativními účinky nikotinu. Nejčastěji se jedná o bledost, studený pot, závratě, bolest hlavy nebo pocit úzkosti (Pešek, Nečesaná, 2008, s. 7).

Kouření Vavřinková, Binder (2006) označují za nejrozšířenější a nejoblíbenější závislost u těhotných v České republice. Zhruba 20 % těhotných žen kouří během těhotenství a laktace. Při kouření prostupuje placentou oxid uhelnatý a váže se na fetální hemoglobin, čímž vzniká karboxyhemoglobin, který snižuje oxidační kapacitu krve, a naopak zvyšuje afinitu hemoglobinu ke kyslíku a tím se snižuje uvolňování kyslíku v tkáních. Také nikotin prochází placentou. Stejně jako u oxidu uhelnatého jeho sérové hladiny dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky, a proto tyto látky působí na plod delší dobu než na matku.

V plodové vodě kuřaček je prokazatelně vyšší koncentrace katecholaminů. Plodům hrozí záchvaty přechodné hypoxie. Přechodná hypoxie může přejít v hypoxii chronickou, což závisí na počtu vykouřených cigaret a na změnách placenty. Důsledkem hypoxie je nižší porodní hmotnost nebo rozvoj intrauterinní růstové retardace. Dalším rizikem kouření může být spontánní potrat či předčasný odtok plodové vody. Při kouření více jak dvaceti cigaret denně hrozí riziko předčasného porodu (Binder, Vavřinková, 2011, s. 140).



*„Kouření významně poškozuje schopnost lidské reprodukce, narušuje kvalitu spermií, snižuje plodnost žen, zvyšuje pravděpodobnost mimoděložního těhotenství, spontánního potratu a předčasného porodu. Kouřícím ženám a nekuřáčkám vystaveným pasivnímu kouření se častěji rodí děti s porodní hmotností v průměru o 250 g nižší než ženám nekuřáčkám.“ (Pešek, Nečesaná, 2008, s. 8)*

Binder in Hájek (2004) upozorňuje na hrozící poruchy soustředění u dětí kuřáček, dále hrozí lehká mozková dysfunkce nebo problémy s chováním. U těchto dětí je časté i ohrožení tzv. syndromem náhlého úmrtí novorozence. Tímto syndromem se rozumí neočekávaná smrt novorozence, kdy ani pitvou není možné prokázat příčinu smrti. Míra rizika kouření se těžko stanovuje. Podle některé literatury kouření maximálně pěti cigaret denně nemá významný efekt. V těhotenství není vhodné ani používání odvykacích náplastí, sprejů a žvýkaček, přestože uvolňovaný nikotin ovlivňuje plod méně než při aktivním kouření.

Pasivní kouření samozřejmě také působí negativně. Těhotným se nedoporučuje pobyt v zakouřeném prostředí, protože cigaretový kouř může způsobit rozvoj atopie u plodu nebo rozvoj alergie v raném dětském věku (Vavřínková, Binder, 2006, s. 60).

### **2.2.7 Kofein**

Kofein je obsažen nejen v kávě, ale i čaji nebo energetických nápojích. Je řazen mezi látky běžně konzumované i v těhotenství. Studiemi nebyly prokázány škodlivé účinky konzumování kávy během těhotenství, teratogenní účinky kofeinu též nebyly potvrzeny. Za všeobecně zdraví škodlivou se považuje nadměrná konzumace (6-8 šálků kávy denně), což odpovídá konzumaci více než 300 mg kofeinu denně. V graviditě by takové množství mohlo být příčinou nižší porodní hmotnosti plodu (Vavřínková, Binder, 2006, s. 61).

Těhotné ženy by ovšem neměly konzumaci nápojů s kofeinem přehánět. Kofein zvyšuje krevní tlak a zrychluje pulz nejen u matky, ale i u plodu. Kofein prostupuje přes placentu přímo do krve plodu. Plod na odbourávání kofeinu potřebuje mnohem delší dobu než dospělý, jelikož jeho vyvíjejícím se játrům chybí důležitý enzym, který je pro toto odbourávání potřebný (Sabersky, 2009, s. 65).

Pařízek (2009) uvádí, že není vhodný denní příjem kofeinu nad 300 mg. Takové množství odpovídá 3 šálkům kávy, 4 šálkům silného čaje nebo 6 sklenkám colového nápoje. Ženám zvyklým pít větší množství kávy však není doporučeno náhlé přerušování konzumace, jelikož náhlé přerušování příjmu kofeinu může být silným spouštěčem migrény. Kofein bývá součástí léků pro léčbu bolesti, protože zesiluje jejich analgetický účinek.

### 3 DROGOVÁ ZÁVISLOST A TĚHOTENSTVÍ

Velemínský, Žižková (2008) se zmiňují o častějším výskytu závislosti na drogách v souvislosti s těhotenstvím po roce 1989, kdy se Česká republika stala cílovou zemí místo země tranzitní. Většina porodníků nebyla s problematikou drogové závislosti v těhotenství seznámena a nebyla na ni připravena. Z důvodu neznalosti rizik spojených s užíváním návykových látek, se často snažili drogově závislých žen zbavit. V České republice porodí za rok více než 100 žen závislých na tzv. tvrdých drogách. Ve většině případů jsou závislé na opiátech nebo pervitinu a u více než poloviny závislých žen se můžeme setkat s užíváním kombinace dvou či více drog. Těhotenství může představovat závažnou komplikaci v běžném životě závislých žen. Jelikož se jedná o onemocnění centrální nervové soustavy, nejsou tyto ženy schopny samy začít danou situaci řešit, přestože některé závislé těhotné projevují obavy z možného poškození plodu.

Nešpor (1996) upozorňuje na specifický problém žen v podobě fetálního alkoholového syndromu nebo poškození plodu užíváním jiných návykových látek. Žádná dávka alkoholu během těhotenství nemůže být označena za bezpečnou, proto je na místě ženám doporučit úplnou abstinenci v období gravidity i laktace. U těhotných žen závislých na nealkoholových drogách se častěji vyskytuje anémie, endokarditis, hepatitis, eklampsie, potraty, abrupce placenty a další.

#### 3.1.1 Primární prevence

Smysl primární prevence, jak popisuje Vágnerová (2014), spočívá v šíření informací o negativních účincích návykových látek. Vede k tomu, aby lidé neužívali drogy a problém se vůbec nedostavil. Především u dospívajících se ale může vyskytnout určité riziko, že získané informace poslouží spíše jako podnět k experimentu s něčím nebezpečným.

*„Cílem primární prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození. Cílem terciární prevence je předejít dalším škodám.“* (Nešpor, 2011, s. 153)

Primární prevence má hned několik cílů. V první řadě jde o to, aby se předešlo užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, nebo alespoň odložilo užívání do pozdějšího věku, kdy jsou dospívající a dospělí více odolní. U dětí a mladistvých mají drogy výrazně destruktivnější vliv. Dále jde o omezení či zastavení experimentů s návykovými látkami, s cílem předejít možnému poškození zdraví. Nejde tolik o šíření informací o návykových látkách, ale o zdravější a zodpovědnější chování populace. Kromě negativních informací o drogách, jako jsou nebezpečí a rizika spojená s užíváním těchto látek, je důležité mladé

populaci poskytovat i pozitivní zprávy. Je potřeba informovat o zdravém životním stylu, o smysluplném životě bez návykových látek. Pro dosažení těchto cílů se využívají především nemedicínské a nelékařské metody. Zejména metody psychologie, sociologie, pedagogiky, ale i marketingu či reklamy. To však neznamená, že by lékaři byli vyřazeni z preventivní činnosti. Naopak lékař je významným členem týmu. Důležitým faktorem primární prevence je drogové uvědomění. Podstatou je využití získaných poznatků v běžném životě. Cílem drogové prevence je poskytnout člověku dostatečné množství informací a znalostí, pomoci člověku v uvědomění si problému drog, umožnit člověku volbu vlastního postoje, vyjádřit člověku podporu (Kalina, 2003, s. 275-277).

Nešpor (2011) uvádí zásady efektivní primární prevence. Preventivní program je interaktivní, odpovídá věku cílové populace a je zahájen co nejdříve. Program je zaměřen na podstatnou část žáků, zahrnuje získání sociálních dovedností, legální i nelegální návykové látky včetně snižování jejich dostupnosti. Preventivní program má být dlouhodobý a soustavný, má využívat více strategií a být komplexní, má počítat s komplikacemi a nabízet možnosti, jak je zvládat.

Kalina (2015) popisuje všeobecnou primární prevenci jako prevenci orientovanou na běžnou populaci dětí a mládež bez ohledu na rizikovost konkrétní skupiny. Zohledněno je pouze věkové složení skupiny. Účelem je zamezit nebo oddálit užívání návykových látek pomocí tematických programů se zpracovanou metodikou. Tyto programy jsou určeny pro jasně definovanou cílovou skupinu s ohledem na věk, institucionální zařazení a míru ohrožení rizikovým chováním. Většinou se jedná o programy pro větší počet osob, často se pracuje s jednotkou „třída“ nebo „menší sociální skupina“. Programy univerzální prevence jsou určeny pro široké publikum a pokrývají celou populaci. Důležité je včasné zahájení intervence, proto je program poskytován na úrovni mateřské, základní či střední školy podle věku.

### **3.1.2 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství**

*„Intravenózní aplikace způsobuje zdravotní komplikace spojené s nesterilním vybavením a nečistou drogou. Jedná se o hepatitidy, HIV, flebitidy, endokarditidu a plicní hypertenzi.“*  
(Vavřínková, Binder, 2006, s. 31)

Výraznou překážkou při prenatální péči je poškozený žilní systém. Představuje tak významnou komplikaci při krevních odběrech a při porodu je pak v mnoha případech nutné zavedení centrálního žilního katetru. Užívání drog má různý dopad na těhotenství podle toho, zda žena s drogou experimentovala, užívala ji nepravidelně, nebo se jedná o drogově závislou. Ženy užívající drogy příležitostně si ve většině případů uvědomují rizika užívání a během těhotenství

abstinují. Oproti nim ženy drogově závislé před těhotenstvím upřednostňují získání a další užívání drogy (Vavřínková, Binder, 2006, s. 31).

### **3.1.3 Populace drogově závislých těhotných žen**

Jak uvádí Vavřínková, Binder (2006), u drogově závislých těhotných žen je poměrně běžné, že se jedná o nechtěné a neplánované těhotenství. V souvislosti s nepravidelným menstruačním cyklem se často setkáváme s pozdním záchytem těhotenství, což představuje zásadní komplikaci pro prenatální péči a screeningová vyšetření.

Těhotné narkomanky jsou často mladé, svobodné a nezaměstnané ženy. Bud' žijí bez partnera, nebo je jejich partner také závislý a rodinné vztahy většinou nejsou na nejlepší úrovni. Valná většina drogově závislých žen vnímá svou závislost jako problém. Nicméně nejsou schopny změnit své chování a styl života. U závislých na opiátech se někdy můžeme setkat se snahou o substituci nebo léčbu. Závislé na pervitinu bývají přesvědčeny, že mají situaci pod kontrolou a vše zvládají (Binder in Hájek, 2004, s. 224).

Velemínský, Žižková (2008) popisují ženy závislé na pervitinu jako excitované, překotně mluvící, podrážděné a konfliktní. Pro ženy závislé na heroinu je typický celkový útlum a smazaná řeč. O závislých ženách obecně platí, že nenavštěvují prenatální poradny dle předem smluvených termínů, často se vymlouvají nebo lžou.

### **3.1.4 Specifika prenatální péče žen s drogovou závislostí**

*„Péče o drogově závislou pacientku začíná jejím vstupem do systému zdravotní péče. Neměli bychom ji násilím tlačit k abstinenci, ale doporučit jí odbornou péči, která jí pomůže ve snižování dávek, případně v zahájení substituční terapie.“* (Vavřínková, Binder, 2006, s. 34)

Velemínský, Žižková (2008) uvádí některé zásady jednání s narkomankami. Na prvním místě je profesionální přístup zdravotnického personálu. Ženy nesmí být ponižované ani mentorované, ale ani lítost není vhodná vzhledem k tomu, že se do takové situace dostaly samy. Ženy by měly být seznámeny nejen s riziky jejich závislosti, ale i s možnostmi pomoci. Důraz by měl být kladen především na dodržování nastavených pravidel a prenatální péče.

Během první prenatální prohlídky je důležité zjistit, zda těhotná experimentovala s drogami, je občasnou užívatelkou drog nebo je drogově závislá. Na základě tohoto zjištění rozlišíme, zda žena potřebuje odbornou pomoc pro léčbu závislosti. Důležité je ultrazvukové vyšetření. Úlohou prvního ultrazvukového vyšetření je datace těhotenství. Datum poslední menstruace nebývá spolehlivým údajem vzhledem k nepravidelnostem menstruačního cyklu. V průběhu

těhotenství se pomocí ultrazvuku kontroluje růst plodu, stav placenty a množství vody plodové (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 107).

Významnou roli představuje také laboratorní vyšetření. U závislých těhotných se kromě běžných těhotenských screeningových odběrů provádí vyšetření hepatitid a hladiny jaterních enzymů. Krevní odběry jsou však často komplikovány z důvodu špatného stavu periferního řečiště. HIV pozitivní těhotné ženy jsou odesílány do péče specializovaného infekčního oddělení. V České republice je takové oddělení v nemocnici na Bulovce. Zvýšená incidence hepatitidy C u drogově závislých souvisí s nitrožilní aplikací drog. Často je odhalena až provedením laboratorních odběrů v prenatalní poradně. U těhotné, která projevuje motivaci k abstinenci lze opakovaným toxikologickým vyšetřením ověřit její spolehlivost. (Vavřinková, Binder, 2006, s. 35-36).

Toxikologické vyšetření moči slouží k potvrzení přítomnosti léků a drog, které těhotná užívá nebo užívala. Některé těhotné ženy vnímají kontrolu spotřeby drog jako motivaci, která jim potvrzuje, že jsou na správné cestě. S ohledem na možnou detoxikaci novorozence je nutné provést toxikologické vyšetření moči těhotné tři týdny před porodem a následně během porodu. Jestliže vyšetření nebylo provedeno v dostatečném rozsahu, přichází na řadu vyšetření první moči dítěte. Tímto vyšetřením je možné odhalit v moči opiáty, metadon, amfetamin, kokain, benzodiazepiny a ketogan (Velemínský, Žižková, 2008, s. 65-66).

### **3.1.5 Léčba drogové závislosti těhotných žen**

Pouze pevná vůle drogově závislých může vést k úspěšné léčbě závislosti. Je žádoucí, aby závislá byla odhodlána významně změnit svůj životní styl, ukončit styky s komunitou a prostředím, kde byla drogy zvyklá užívat. V případech, kdy tohoto těhotné ženy nejsou samy schopné, přichází na řadu pomoc odborníků. Ne vždy je léčba dostatečně úspěšná, často se setkáváme s relapsy (Binder in Hájek, 2004, s. 227).

Vavřinková, Binder (2006) uvádějí, že v případě nutné detoxifikace v průběhu těhotenství, se provádí nejčastěji v období druhého trimestru. Je vhodné, aby byla prováděna na odborném pracovišti, kde mají dostatek zkušenosti se závislostmi těhotných žen.

*„Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci na dobu, kdy bude pacient schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit.“* (Velemínský, Žižková, 2008, s. 209)

Substituční léčba je založena na náhradě užívané látky látkou substituční. Podávání substituční látky je řízené a vykonávané pod lékařským dohledem. Jedná se o standardní léčebný postup, který je řazen mezi postupy „harm reduction“, tedy postupy vedoucí k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Principem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem. Substituce je podávána v takovém množství, které odstraňuje odvykací příznaky a umožňuje zlepšení kvality života. Všeobecně platí, že substituční látka má působit delší dobu než droga, kterou má vytěsnit (Fischer, Škoda, 2014, s. 98-99).

Pro substituční léčbu, jak informuje Kalina (2015), je často využíván dlouhodobě působící syntetický opioid zvaný metadon. Charakteristický je silný analgetický účinek a centrálně tlumivý efekt. Dlouhodobé užívání vyvolává závislost, vyznačuje se pomalým nástupem účinku a navozením minimální euforie. Podávání této látky nezvyšuje toleranci, a proto je možné metadon podávat ve stejných dávkách až několik let. Obvykle je podáván perorálně, někdy i intravenózní cestou. Léčba pomocí metadonu je nejrozšířenější léčbou závislosti na opiátech. Může vést k dlouhodobému stabilizování klientů, u kterých ostatní formy léčby selhaly.

*„Pravidla metadonového programu nařizují vydání jedné dávky denně, což od klienta vyžaduje denní docházení do metadonového centra.“* (Binder in Hájek, 2004, s. 228)

Vavřinková, Binder (2006) tvrdí, že závislým matkám zařazeným do programu, je možné poskytnout lepší prenatální péči, protože denní kontakt umožňuje častější kontrolu. Tyto ženy většinou vedou méně rizikový život oproti ženám závislým na nelegálních drogách. Abstinenční příznaky novorozence závisí na substituční dávce matky. Čím vyšší je dávka, tím jsou výraznější abstinenční příznaky. Zmiňovanými příznaky mohou být křeče, neklidný spánek, trombocytóza nebo systolická hypertenze. U plodu se metadon hromadí v plicích, slezině a játrech. V substituční léčbě je také využíván buprenorfin. U této látky má abstinenční syndrom u novorozenců mírný průběh a rychle odeznívá. Do mateřského mléka tato látka proniká jen v malém množství, proto se kojení matkám nezakazuje. Zdravotní pojišťovny během těhotenství hradí preparáty Subutex a Temgesic.

Doporučení týkající se kojení při metadonové substituci je v současné době nejednoznačné. Někteří pediatři, australské či novozélandské, kojení doporučují. Dle jejich názoru kojení při metadonové substituci tlumí abstinenční příznaky u novorozence. V České republice pediatři kojení nedoporučují, proto se provádí zástava laktace (Velemínský, Žížková, 2008, s. 212).

Pomoci drogově závislým ženám se věnují speciální mateřská centra nebo mateřské domy. Pokud mají matky zájem a je volná kapacita, mohou být do takového centra po porodu

umístěny. „Na porod drogově závislé ženy je vždy upozorněna příslušná sociální pracovnice, která prošetří sociální a rodinné poměry a na základě výsledku šetření přijme příslušná opatření k zajištění adekvátní péče a bezpečí pro novorozence.“ (Binder, Vavřínková, 2011, s. 145)

### **3.1.6 Porod drogově závislých žen**

*„V průběhu porodu je nutné včas odhalit příznaky možné placentární insuficience a hypoxie plodu. Porody drogově závislých žen proto vždy kardiokograficky monitorujeme.“* (Vavřínková, Binder, 2006, s. 37)

Těhotné závislé ženy si často za účelem útlumu porodních bolestí aplikují svou dávku drogy před příjezdem do porodnice. Co nejdříve po přijetí na porodní sál se snažíme zajistit žilní přístup. Ne vždy se zajištění periferní žíly daří, proto se v některých případech přistupuje k centrálnímu žilnímu katetru. U žen intoxikovaných kokainem nebo pervitinem se mohou projevat příznaky jako při zřejmé preeklampsii. U rodiček intoxikovaných marihuanou nebo kokainem se objevuje hyperpyrexie, která vede ke zvýšené spotřebě kyslíku u rodičky i plodu. Proto je nutné zajistit dostatečnou oxygenaci. Hyperpyrexii je možné léčit paracetamolem. Během porodu se upřednostňuje substituce potřebné drogy vhodnými léky (Vavřínková, Binder, 2006, s. 38).

Při nástupu abstinčních příznaků dochází k redukci průtoku krve dělohou, tudíž roste riziko hypoxie plodu. Drogově závislé ženy často reagují na bolest až neadekvátním způsobem. V případě, že je žena schopna spolupráce, je vhodné zavést epidurální katetr. Katetr lze využít i k tlumení pooperačních bolestí, pokud je porod ukončen císařským řezem. Jedná-li se o nespolupracující rodičku, je možné podat opiátová analgetika, která je možné kombinovat se spasmolytiky nebo neuroleptiky. Jestliže porod probíhá fyziologicky, je vhodné porod ukončit vaginální cestou. Indikace k ukončení porodu císařským řezem jsou stejné jako u žen bez závislosti na drogách. Při celkové anestezii v případě císařského řezu hrozí případná interakce mezi celkovými anestetiky a drogami (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 109).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 1 HLAVNÍ CÍL

Zjistit rozsah informací těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství.

## 2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké je povědomí těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství?
2. Jakou mají ženy zkušenost s návykovými látkami v těhotenství?

## 3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část této práce je tvořena kvantitativním výzkumem. Pro kvantitativní výzkum je typické větší množství respondentů a výstup získaných dat tvoří statistické údaje. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22). Kvantitativní výzkum se od výzkumu kvalitativního liší především tím, že kvantitativní šetření se zaměřuje na vzájemné vztahy proměnných, zabývá se jejich měřením a rozložením. Údaje získané kvantitativním výzkumem se převádí do numerických hodnot, kdežto v kvalitativním výzkumu se pracuje s analýzou vět, které byly získány pomocí otevřených otázek. Tyto otázky pokládá výzkumník a jeho cílem není získání číselných dat. (Punch, 2008, s. 12-13). Kvantitativní i kvalitativní výzkum užívá několik technik sběru dat, přičemž jednotlivé techniky je možné užívat v různých obměnách. Reichel (2009) uvádí jako nejčastěji užívané tyto techniky: rozhovor, dotazníkové šetření, pozorování, experiment a studium dokumentů.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel. Všechna získaná data byla zpracována do grafů a slovně vyhodnocena pomocí popisné statistiky. Uvedeny jsou absolutní četnosti v celých číslech a relativní četnosti, které vyjadřují procentuální hodnoty.

### 3.1 Technika sběru dat

Data pro výzkumnou část této práce byla získána metodou dotazníkového šetření za použití dotazníku vlastní tvorby. Dotazník obsahuje 21 uzavřených otázek, jedná se o otázky dichotomické, trichotomické a polytomické. Respondentům byl dotazník předán v tištěné formě. Reichel (2009) označuje dotazník jako poměrně nenákladnou a časově nenáročnou techniku sběru dat. Možnost dotazování velkého množství respondentů a zachování anonymity všech zúčastněných respondentů přináší výraznou výhodu. Jak uvádí Kutnohorská (2009), výzkumníkovi může usnadnit zpracování získaných dat využití výpočetní techniky. Jistou nevýhodou dotazníkového šetření představuje riziko nízké návratnosti dotazníků, nutná grafická



úprava dotazníků a případná nemožnost zpřesnění otázek v situaci, kdy jim respondent není schopen porozumět.

Dotazníkové šetření bylo zvoleno především kvůli časové nenáročnosti a možnosti oslovení relativně velkého počtu respondentů. Výzkum probíhal v období od 12. prosince 2016 do 31. ledna 2017. Před zahájením dotazníkového šetření bylo osloveno jedno zdravotnické zařízení s žádostí o možnost realizace výzkumu. S výzkumem souhlasila a byla ochotna spolupracovat porodnická ambulance. Dotazníky byly do ambulance doneseny výzkumníci. Potřebné informace k vyplnění dotazníku byly poskytnuty porodní asistentce, která je dále předávala respondentkám. Těhotné ženy, které souhlasily s účastí ve výzkumu, obdržely od porodní asistentky dotazník. Vyplňování dotazníků probíhalo během natáčení CTG záznamů. Po skončení výzkumu si výzkumnice převzala všechny vyplněné dotazníky. Rozdáno bylo celkem 49 dotazníků a všech 49 dotazníků bylo použito k vyhodnocení dat. návratnost tedy byla stoprocentní. Dotazník tvoří přílohu této práce.

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek tvořily klientky porodnické ambulance, které byly ve třetím trimestru těhotenství. Jednalo se tedy o záměrný výběr výzkumného vzorku. Další podmínkou pro zapojení do výzkumu byla ochota klientek spolupracovat. Respondentky se zapojením do výzkumu dobrovolně souhlasily.

Věk těhotných žen byl rozdělen do pěti intervalů. Pomocí otázky č. 1 „Jaký je Váš věk?“ bylo zjištěno, že 11 žen (22 %) z výzkumného vzorku je ve věku 21-25 let, 13 žen (27 %) je ve věku 26-30 let, 12 žen (24 %) je ve věku 31-35 let, 10 žen (20 %) je ve věku nad 35 let a pouze 3 ženy (6 %) jsou ve věku pod 20 let.

Na otázku č. 2 „Jaký je Váš rodinný stav?“ téměř polovina dotazovaných žen (23 žen, 47 %) vybrala odpověď vdaná. Druhá nejčastější odpověď byla svobodná zadaná, a to ve 39 % odpovědí (19 žen). 5 žen (10 %) z výzkumného vzorku je rozvedených a jen 2 ženy (4 %) jsou svobodné nezadané.

Na otázku č. 3 „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ odpovědělo 16 žen (33 %) vysokoškolské, 15 žen (31 %) středoškolské s maturitou a 12 žen (25 %) středoškolské bez maturity. Ve dvou případech (4 %) se objevila odpověď vyšší odborné a 4 ženy (8 %) označily základní vzdělání.

## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 4:

**Navštěvovala jste během těhotenství pravidelně svého gynekologa?**

- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 1 Pravidelná návštěvnost gynekologa

Na obrázku 1 je pomocí grafu znázorněno, kolik žen navštěvovalo během těhotenství pravidelně svého gynekologa. Na první pohled je z grafu patrné, že valná většina respondentek svého gynekologa v průběhu těhotenství pravidelně navštěvovala. Odpověď ano označilo celkem 46 respondentek (94 %). Pouze 3 respondentky (6 %) svého gynekologa během těhotenství pravidelně nenavštěvovaly.

Otázka č. 5:

**Zajímal se Váš gynekolog, zda užíváte návykové látky?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si



Obrázek 2 Zájem gynekologa o užívání návykových látek

Obrázek 2 graficky znázorňuje, zda se gynekolog zajímal, jestli žena užívá návykové látky. Nejčastěji byla vybrána odpověď ano, kterou označilo 32 respondentek (65 %). Čtvrtiny respondentek, což odpovídá 12 respondentkám (25 %), se gynekolog na toto téma nedotazoval. Zbýlých 5 respondentek (10 %) si nevzpomíná, zda se jich gynekolog na návykové látky ptal.

Otázka č. 6:

**Myslíte si, že užívání návykových látek ovlivňuje Vaše zdraví?**

- a) Neovlivňuje mé zdraví
- b) Ovlivňuje mé zdraví pozitivně
- c) Ovlivňuje mé zdraví negativně
- d) Nepřemýšlela jsem o tom



Obrázek 3 Vliv návykových látek na zdraví

Obrázek 3 představuje graf, který znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, zda si myslí, že užívání návykových látek ovlivňuje jejich zdraví. Respondentky nejčastěji odpověděly, že užívání návykových látek ovlivňuje jejich zdraví negativně. Pro tuto odpověď se rozhodlo 41 respondentek (82 %). 5 respondentek (10 %) uvedlo, že o vlivu užívání návykových látek na jejich zdraví nepřemýšlely. 3 respondentky (6 %) se domnívaly, že užívání návykových látek neovlivňuje jejich zdraví a jedna z respondentek (2 %) si myslela, že užívání návykových látek ovlivňuje její zdraví pozitivně.

Otázka č. 7:

**Jaký vliv může mít užívání návykových látek na Vaše zdraví?**

- a) Poruchy chování
- b) Zvýšená chuť k jídlu
- c) Postižení mozku
- d) Poškození cév
- e) Snížená tělesná teplota
- f) Nedokáži posoudit



Obrázek 4 Vliv návykových látek na vlastní zdraví

Obrázek 4 zobrazuje graf, který znázorňuje možné vlivy užívání návykových látek na vlastní zdraví. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Nejvíce se opakovala odpověď poruchy chování, kterou vybralo 35 respondentek (71 %). Poškození mozku vybralo 32 respondentek (65 %) a poškození cév zvolilo 30 respondentek (61 %). 11 respondentek (22 %) uvedlo, že danou otázku nedokáže posoudit. Odpovědi zvýšená chuť k jídlu a snížená tělesná teplota se objevila shodně v 8 případech (16 %).

Otázka č. 8:

**Jaký vliv může mít užívání návykových látek na zdraví Vašeho dítěte?**

- a) Nízká porodní hmotnost
- b) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
- c) Zrychlený vývoj dítěte
- d) Poruchy mentálního vývoje
- e) Zrychlený růst plodu
- f) Nedokáži posoudit



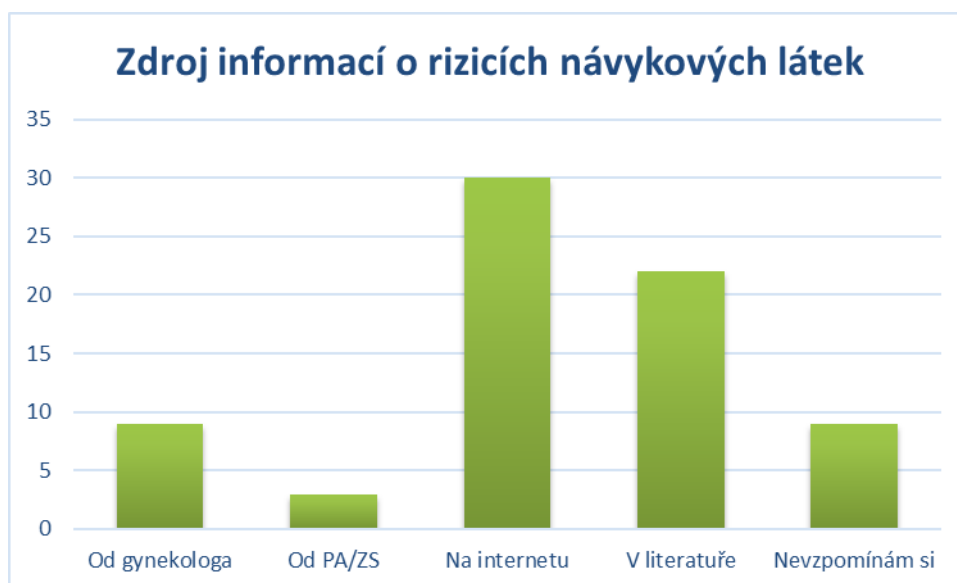
Obrázek 5 Vliv návykových látek na zdraví dítěte

Obrázek 5 představuje graf, ve kterém jsou zobrazeny možné vlivy užívání návykových látek na zdraví dítěte. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Nejčastěji vybranou možností byla odpověď zvýšený výskyt vrozených vývojových vad, která se opakovala u 36 respondentek (73 %). 35 respondentek (71 %) volilo odpověď poruchy mentálního vývoje. Nízká porodní hmotnost se mezi odpověďmi vyskytla v 32 případech (65 %). Danou otázku nedokázalo posoudit 8 respondentek (16 %). 2 respondentky (4 %) uvedly jako možný vliv užívání návykových látek zrychlený růst dítěte a 1 respondentka (2 %) zvolila zrychlený vývoj dítěte.

Otázka č. 9:

**Kde jste získala informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek?**

- a) Od gynekologa
- b) Od porodní asistentky/zdravotní sestry
- c) Na internetu
- d) V literatuře
- e) Nevzpomínám si



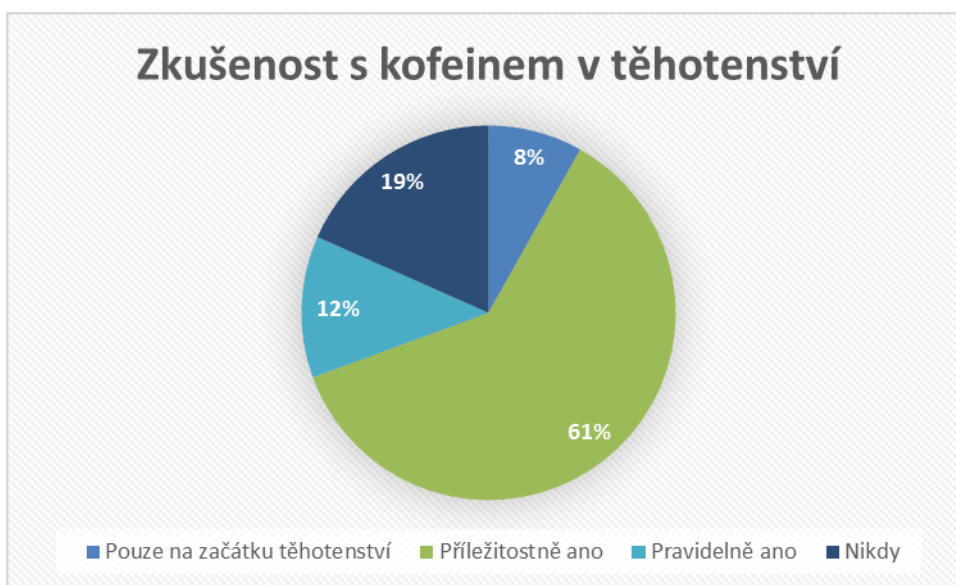
Obrázek 6 Zdroj informací o rizicích návykových látek

Graf na obrázku 6 znázorňuje, kde respondentky získaly informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Nejčastěji respondentky získaly informace na internetu, a to ve třech pětinach případů (30 respondentek, 61 %). V literatuře informace na dané téma získalo 22 respondentek (45 %). 9 respondentkám (18 %) sdělil informace gynekolog. Stejná část respondentek (9 respondentek, 18 %) si nevzpomíná, kde tyto informace získala. Pouze 3 respondentky (6 %) uvedly, že informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek jim byly sděleny porodní asistentkou či zdravotní sestrou.

Otázka č. 10:

**Pijete/pila jste kofeinové nápoje během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy



Obrázek 7 Zkušenost s kofeinem v těhotenství

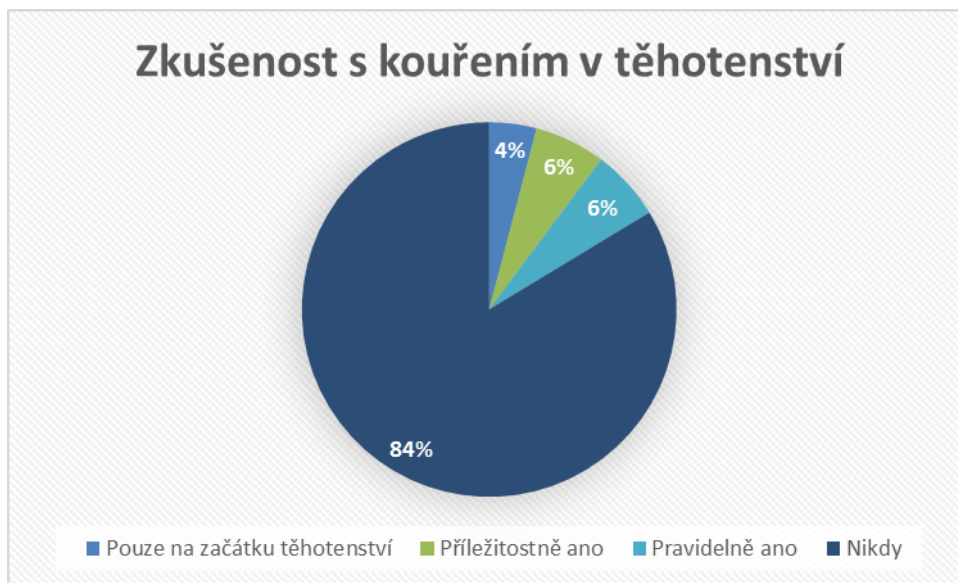
Obrázek 7 graficky znázorňuje zkušenosti respondentek s kofeinovými nápoji během těhotenství. Respondentky nejčastěji odpověděly, že kofeinové nápoje pily příležitostně. Příležitostně ano označilo 30 respondentek (61 %). 9 respondentek (19 %) nikdy během těhotenství kofeinové nápoje nekonzumovalo. Pravidelně pilo kofeinové nápoje 6 respondentek (12 %). Konzumaci kofeinových nápojů pouze na začátku těhotenství uvedly 4 respondentky (8 %).



Otázka č. 11:

**Kouříte/kouřila jste během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy



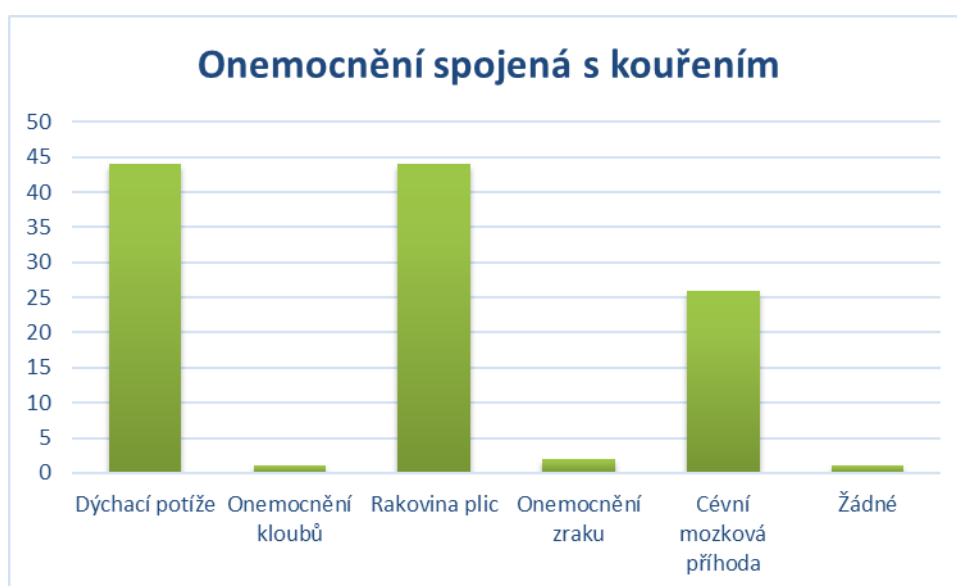
Obrázek 8 Zkušenost s kouřením v těhotenství

Na obrázku 8 je graficky znázorněna zkušenost respondentek s kouřením během těhotenství. Naprostá většina respondentek nikdy během těhotenství nekouřila. Jedná se o 41 respondentek (84 %). Respondentek, které během těhotenství pravidelně kouřily nebo kouřily příležitostně, je shodný počet 3 (6 %). 2 respondentky (4 %) kouřily pouze na začátku těhotenství.

Otázka č. 12:

**Která onemocnění spojená s kouřením znáte?**

- a) Dýchací potíže
- b) Onemocnění kloubů
- c) Rakovina plic
- d) Onemocnění zraku
- e) Cévní mozková příhoda
- f) Žádné onemocnění spojené s kouřením neznám



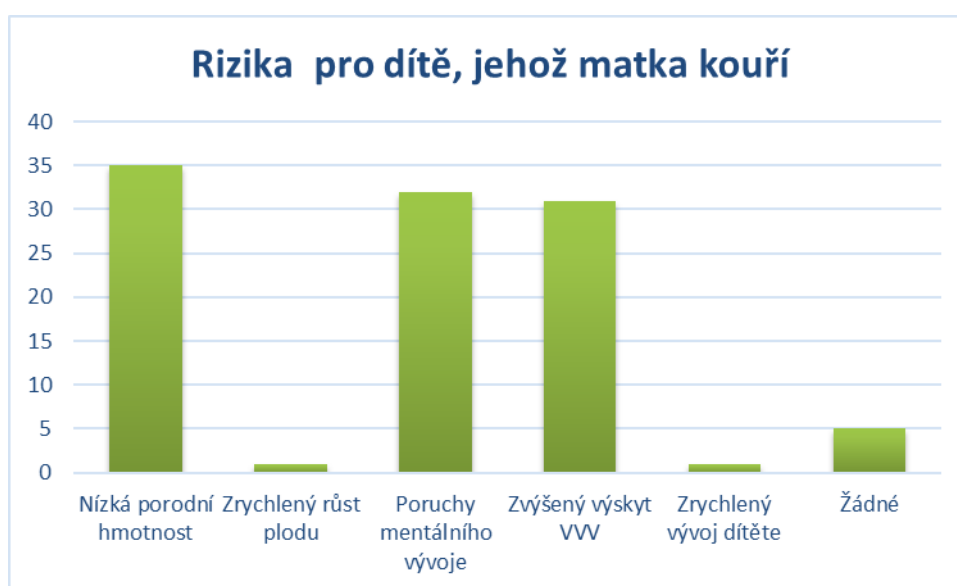
Obrázek 9 Onemocnění spojená s kouřením

Obrázek 9 obsahuje graf, který vyjadřuje znalosti respondentek týkající se onemocnění spojených s kouřením. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Pro respondentky jsou neznámější onemocnění spojeným s kouřením dýchací potíže a rakovina plic. Obě odpovědi označilo 44 respondentek (90 %). Další onemocnění známé respondentkám v souvislosti s kouřením je cévní mozková příhoda. Toto onemocnění uvedla zhruba polovina respondentek (26 respondentek, 53 %). 2 respondentky (4 %) považují za onemocnění spojené s kouřením onemocnění zraku. Onemocnění kloubů bylo označeno v jednom případě (2 %). Pouze jedna respondentka (2 %) uvedla, že nezná žádné onemocnění spojené s kouřením.

Otázka č. 13:

**Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka kouří?**

- a) Nízká porodní hmotnost
- b) Zrychlený růst plodu
- c) Poruchy mentálního vývoje
- d) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
- e) Zrychlený vývoj dítěte
- f) Žádné riziko v souvislosti s kouřením neznám



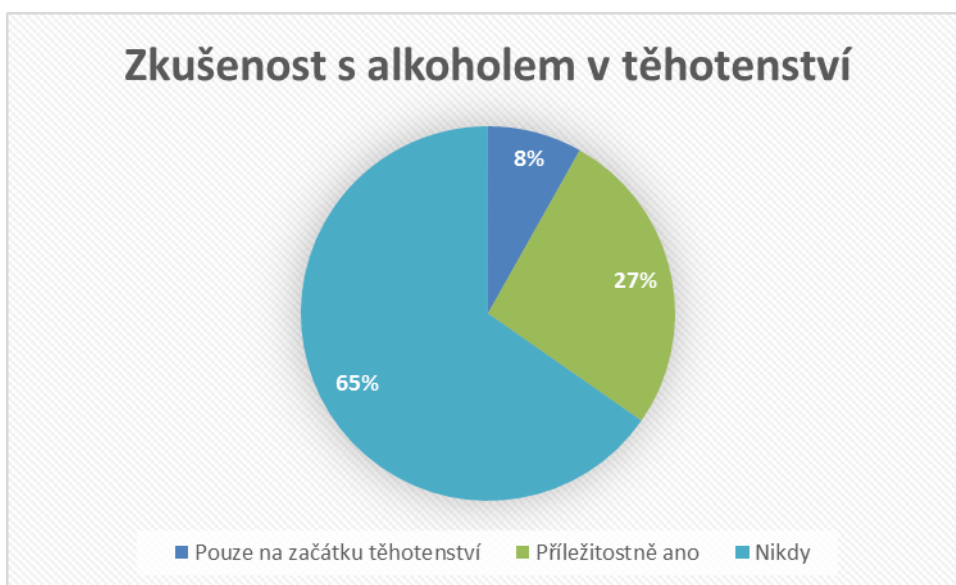
Obrázek 10 Rizika pro dítě, jehož matka kouří

Graf na obrázku 10 zobrazuje znalosti respondentek týkající se rizik kouření pro dítě. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Nejvíce respondentek zná riziko nízké porodní hmotnosti. Tuto odpověď zvolilo 35 respondentek (71 %). Další riziko pro dítě spojené s kouřením, které respondentky znají, jsou poruchy mentálního vývoje. Druhou nejčastější odpověď vybraly přibližně dvě třetiny respondentek (32 respondentek, 65 %). Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad uvedlo 31 respondentek (63 %). Žádná rizika pro dítě v souvislosti s kouřením nezná 5 respondentek (10 %). Zrychlený růst plodu jako riziko pro dítě, jehož matka kouří označila jedna respondentka (2 %). Rovněž zrychlený vývoj dítěte se objevil mezi odpověďmi jen v jednom případě (2 %).

Otázka č. 14:

**Pijete/pila jste alkohol během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy



Obrázek 11 Zkušenost s alkoholem v těhotenství

Grafem na obrázku 11 jsou znázorněny zkušenosti respondentek s pitím alkoholu během těhotenství. Asi dvě třetiny respondentek (32 respondentek, 65 %) uvedly, že alkohol během těhotenství nikdy nepily. Příležitostně během těhotenství pilo alkohol 13 respondentek (27 %). Pouze na začátku těhotenství alkohol pily 4 respondentky (8 %). Možnost pravidelné konzumace alkoholu nevybrala ani jedna z respondentek.

Otázka č. 15:

**Která onemocnění spojená s pitím alkoholu znáte?**

- a) Onemocnění jater
- b) Zvýšený výskyt cukrovky
- c) Poškození mozku
- d) Onemocnění kůže
- e) Dýchací potíže
- f) Žádné onemocnění spojené s pitím alkoholu neznám



Obrázek 12 Onemocnění spojená s alkoholem

Na obrázku 12 jsou pomocí grafu zobrazeny znalosti respondentek týkající se onemocnění spojených s pitím alkoholu. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Největší množství respondentek zná onemocnění jater v souvislosti s pitím alkoholu. Toto onemocnění uvedlo 43 respondentek (88 %). Dalším známým onemocněním spojeným s pitím alkoholu je pro 30 respondentek (61 %) poškození mozku. Zvýšený výskyt cukrovky označila čtvrtina respondentek (12 respondentek, 24 %). 3 respondentky (6 %) se domnívají, že pití alkoholu způsobuje dýchací potíže. Onemocnění kůže považují 2 respondentky (4 %) za onemocnění způsobené pitím alkoholu. Žádné onemocnění spojené s pitím alkoholu neznají 2 respondentky (4 %).

Otázka č. 16:

**Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka pije alkohol?**

- a) Zrychlený vývoj dítěte
- b) Mentální retardace
- c) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
- d) Zvýšený výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence
- e) Vyšší porodní hmotnost
- f) Žádné riziko v souvislosti s pitím alkoholu neznám



Obrázek 13 Rizika pro dítě, jehož matka pije alkohol

Obrázek 13 obsahuje graf, kterým jsou znázorněny znalosti respondentek týkající se rizik pro dítě souvisejících s pitím alkoholu. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Zhruba čtyři pětiny respondentek (40 respondentek, 82 %) uvedly, že znají riziko mentální retardace u dítěte. Druhým nejčastěji voleným rizikem pro dítě v souvislosti s pitím alkoholu byl zvýšený výskyt vrozených vývojových vad. Tato znalost byla uvedena téměř ve třech čtvrtinách případů (36 respondentek, 73 %). 21 respondentek (43 %) zná riziko náhlého úmrtí novorozence. Žádné riziko pro dítě v souvislosti s pitím alkoholu neznají 4 respondentky (8 %). Jedna z respondentek (2 %) se domnívá, že pití alkoholu představuje riziko zrychleného vývoje dítěte. Riziko vyšší porodní hmotnosti neuvedla žádná z oslovených respondentek.

Otázka č. 17:

**Užíváte/užívala jste marihuanu během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy



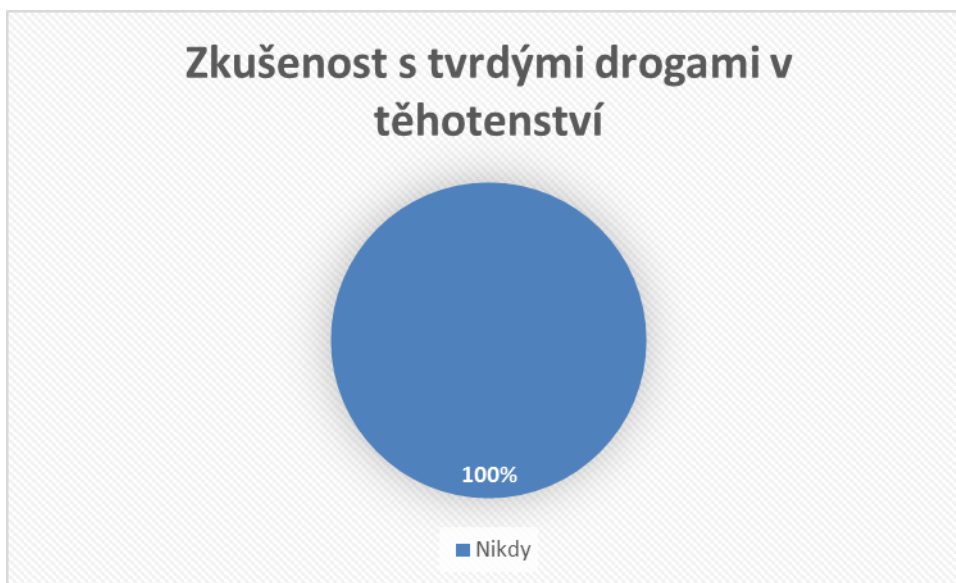
Obrázek 14 Zkušenost s marihuanou v těhotenství

Graf na obrázku 14 poskytuje grafické znázornění zkušeností respondentek s marihuanou během těhotenství. Na první pohled je zjevné, že téměř všechny respondentky marihuanu nikdy během těhotenství neužívaly. Konkrétně se jedná o 47 respondentek (96 %). Jedna respondentka (2 %) uvedla, že užívala marihuanu pouze na začátku těhotenství. Příležitostné užívání marihuany v těhotenství uvedla také jedna respondentka (2 %). Žádná respondentka neoznačila pravidelné užívání marihuany během těhotenství.

Otázka č. 18:

**Užíváte/užívala jste tvrdé drogy během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy



Obrázek 15 Zkušenost s tvrdými drogami v těhotenství

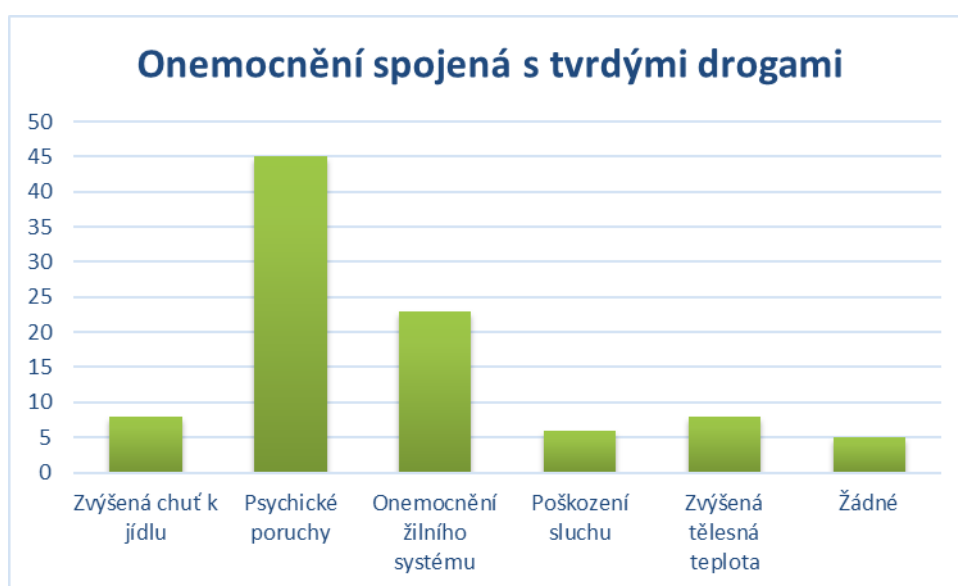
Obrázek 15 představuje graf, který graficky znázorňuje zkušenosti respondentek s užíváním tvrdých drog během těhotenství. Všechny oslovené respondentky uvedly, že s užíváním tvrdých drog během těhotenství nemají žádnou zkušenost. Odpověď nikdy označilo všech 49 respondentek (100 %).



Otázka č. 19:

**Která onemocnění spojená s užíváním tvrdých drog znáte?**

- a) Zvýšená chuť k jídlu
- b) Psychické poruchy
- c) Onemocnění žilního systému
- d) Poškození sluchu
- e) Zvýšená tělesná teplota
- f) Žádné onemocnění spojené s užíváním tvrdých drog neznám



Obrázek 16 Onemocnění spojená s tvrdými drogami

Na obrázku 16 jsou grafem znázorněny znalosti respondentek týkající se onemocnění spojených s užíváním tvrdých drog. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Většina respondentek zná onemocnění způsobené užíváním tvrdých drog v podobě psychických poruch. Psychické poruchy označilo 45 respondentek (92 %). Onemocnění žilního systému způsobené užíváním tvrdých drog uvedla téměř polovina respondentek (23 respondentek, 47 %). 8 respondentek (16 %) vybralo zvýšenou tělesnou teplotu. Zvýšenou chuť k jídlu označilo také 8 respondentek (16 %) jako onemocnění způsobené užíváním tvrdých drog. 6 respondentek (12 %) považuje poškození sluchu za onemocnění způsobené vlivem tvrdých drog. Žádné onemocnění spojené s užíváním tvrdých drog nezná 5 respondentek (10 %).

Otázka č. 20:

**Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka užívá tvrdé drogy?**

- a) Abstinenční příznaky
- b) Zrychlený vývoj dítěte
- c) Vrozené vývojové vady
- d) Zrychlený růst plodu
- e) Nízká porodní hmotnost
- f) Žádné riziko v souvislosti s užíváním tvrdých drog neznám



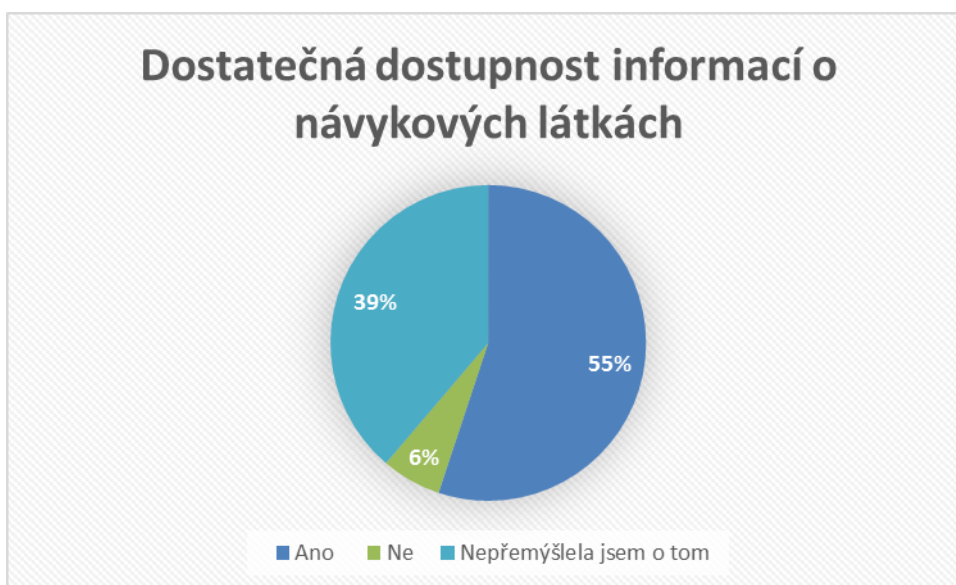
Obrázek 17 Rizika pro dítě, jehož matka užívá tvrdé drogy

Graf na obrázku 17 obsahuje znázornění znalostí respondentek týkajících se rizik pro dítě souvisejících s užíváním tvrdých drog. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Respondentky nejčastěji volily riziko vrozených vývojových vad. 39 respondentek (80 %) vybralo právě tuto možnost. Téměř třem čtvrtinám respondentek (36 respondentek, 73 %) je známo riziko abstinenčních příznaků. Nízkou porodní hmotnost mezi své znalosti zařadila více než polovina respondentek (27 respondentek, 55 %). Zrychlený vývoj dítěte označily 4 respondentky (8 %). 3 respondentky (6 %) vnímají jako riziko užívání tvrdých drog zrychlený růst plodu. 2 respondentky (4 %) neznají žádná rizika spojená s užíváním tvrdých drog.

Otázka č. 21:

**Domníváte se, že těhotné ženy mají k dispozici dostatek informací o návykových látkách a jejich účincích?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlela jsem o tom



Obrázek 18 Dostatečná dostupnost informací o návykových látkách

Obrázek 18 představuje graf, který poskytuje zobrazení názoru respondentek na dostupnost informací o návykových látkách a jejich účincích. Více než polovina respondentek se domnívá, že mají k dispozici dostatek informací. Odpověď ano byla uvedena u 27 respondentek (55 %). Téměř dvě pětiny respondentek (19 respondentek, 39 %) uvedly, že o dostupnosti informací o návykových látkách a jejich účincích nepřemýšlely. Zbývající 3 respondentky (6 %) jsou názoru, že nemají k dispozici dostatek informací k dané problematice.

## 5 DISKUSE

V této části bakalářské práce se budu zabývat odpověďmi na výzkumné otázky a porovnávat získané výsledky s jinými pracemi, které jsou věnovány návykovým látkám a těhotenství. Data k porovnání se získanými výsledky v této práci je možné použít i přesto, že ne všichni autoři prací zvolili stejnou techniku sběru dat. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit rozsah informací těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Na tento cíl navazují dále uvedené výzkumné otázky.

### 5.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaké je povědomí těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství?

Dotazníkovým šetřením byly zjištěny následující údaje. Z celkového počtu 49 respondentek svého gynekologa pravidelně navštěvovalo 46 respondentek (94 %). Pouze 3 respondentky (6 %) svého gynekologa během těhotenství pravidelně nenavštěvovaly. Olga Jakubíková (2017) ve své diplomové práci pracuje s daty získanými ve formě skóru z dotazníkového šetření. Z jejího výzkumu, kterého se účastnilo 120 těhotných žen, vyplývá, že prenatalní poradnu navštěvovalo pravidelně celkem 113 žen (94 %) a 7 žen (6 %) pravidelně do prenatalní poradny nechodilo. V obou případech dotazníkového šetření bylo tedy získáno stejné procentuální zastoupení těhotných žen, které prenatalní poradnu navštěvovaly, i těch, které ke gynekologovi nechodily. Pavla Ženíšková (2015) též ve své bakalářské práci použila techniku dotazníkového šetření. Výzkumu se účastnilo 100 těhotných žen. Z nich 97 (97 %) žen navštěvuje svého gynekologa během těhotenství pravidelně a 3 ženy (3 %) navštěvují svého gynekologa nepravidelně. Žádná z dotazovaných žen neuvedla, že by gynekologa nenavštěvovala. Ze získaných dat lze předpokládat, že si těhotné ženy uvědomují význam a důležitost prenatalní péče. Důvodů, proč těhotné ženy prenatalní poradny navštěvují, může být hned několik. Na příklad lze uvést obavy o vývoj plodu, potřebu získat informace týkající se probíhajícího těhotenství nebo prevenci případných komplikací. Díky vysoké návštěvnosti prenatalních poraden během těhotenství je možné zajistit edukaci těhotných žen v oblasti návykových látek.

30 respondentek (61 %) uvedlo, že informace o návykových látkách získaly na internetu. V literatuře informace na téma návykových látek získalo 22 respondentek (45 %). Gynekolog sdělil informace na dané téma 9 respondentkám (18 %). 3 respondentky získaly informace od porodní asistentky nebo zdravotní sestry. Zbýlých 9 respondentek (18 %) si nevzpomíná, kde informace získala. Olga Jakubíková (2017) uvádí, že 48 žen (40 %) bylo o návykových

látkách edukováno gynekologem. Ze zbylých 72 žen (60 %) uvedlo 10 žen, že získaly informace z literatury, 39 žen čerpalo informace z internetu, 9 ženám byly předány informace v rámci rodiny a 16 žen získalo informace od přátel a kamarádek. Vzhledem k bezmála stoprocentní návštěvnosti prenatalních poraden, by měly být těhotné ženy častěji informovány o účincích návykových látek gynekologem nebo porodní asistentkou. Problematika návykových látek jistě spadá do prenatalní péče, a proto by gynekologové neměli danou problematiku vynechávat. V dnešní době lze najít na internetu značné množství informací o čemkoli, tedy i o těhotenství. Je však důležité si uvědomit, že ne všechny zdroje jsou zcela relevantní. Těhotné ženy často využívají diskusní chaty či sociální sítě. Zde se v mnoha případech objevují příspěvky laiků nikoli odborníků, veřejnost pak získává nepřesné nebo dokonce nepravdivé informace.

Martina Veselíková (2010) výzkumným šetřením zjistila, že 81 oslovených respondentek (75 %) zná onemocnění, která může kouření způsobit. 18 respondentek (17 %) se o tato onemocnění nezajímá a 9 respondentek (8 %) možná onemocnění způsobená kouřením nezná. Nejčastěji se mezi odpověďmi objevovala rakovina plic, infarkt myokardu nebo dýchací potíže. Na otázku negativních dopadů kouření na zdraví dítěte se nejvíce opakovala odpověď zvýšený výskyt syndromu náhlého úmrtí (99 žen, 92 %), nízká porodní hmotnost (74 žen, 69 %), poruchy mentálního vývoje (37 žen, 34 %) a zvýšený výskyt vrozených vývojových vad (19 žen, 18 %). Mé dotazníkové šetření poskytlo následující informace o znalostech respondentek týkajících se kouření. Nejčastěji označeným onemocněním v souvislosti s kouřením byla rakovina plic (44 respondentek, 90 %) a dýchací potíže (44 respondentek, 90 %). Ve 26 případech (53 %) se objevila cévní mozková příhoda. Z výzkumu také vyplývají nejznámější rizika poškození plodu kouřením. Nejznámějším rizikem je nízká porodní hmotnost (35 respondentek, 71 %), dále poruchy mentálního vývoje (32 respondentek, 65 %) a zvýšený výskyt vrozených vývojových vad (31 respondentek, 63 %).

V rámci výzkumu Olgy Jakubíkové (2017) na otázku týkající se znalosti rizik postižení plodu při užívání alkoholu odpovědělo 102 žen (85 %) kladně a 18 žen (15 %) záporně. Při dotazu na konkrétní rizika uvedlo ze 102 respondentek 12 žen (12 %) hyperaktivitu dítěte, 58 žen (57 %) zmínilo postižení CNS, 24 žen (23 %) označilo deformity obličeje, 5 žen (5 %) uvedlo zpomalený růst a 3 ženy (3 %) vzpomněly alergii dítěte. Respondentky, které se účastnily mého výzkumu nejčastěji uvedly riziko mentální retardace (40 respondentek, 82 %). Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad volilo 36 respondentek (73 %). Riziko náhlého úmrtí novorozence bylo vybráno 21 respondentkami (43 %). Rozdíl mezi získanými výsledky přikládám tomu,

že Olga Jakubíková (2017) volila otevřenou otázku na konkrétní rizika týkající se užívání alkoholu, kdežto já jsem uvedla některé příklady rizik a respondentky z nich vybíraly ta rizika, která jim byla známá.

## **5.2 Výzkumná otázka č. 2: Jakou mají ženy zkušenost s návykovými látkami v těhotenství?**

Na základě dotazníkového šetření jsem získala data ohledně konzumace kofeinových nápojů během těhotenství. Většina respondentek (30 respondentek, 61 %) konzumuje kofeinové nápoje příležitostně. 9 respondentek (19 %) uvedlo, že nikdy v průběhu těhotenství kofeinové nápoje nepily. Pravidelnou konzumaci kofeinu uvedlo 6 respondentek (12 %) a 4 respondentky (8 %) pily kofeinové nápoje pouze na začátku gravidity. Dotazníkovým šetřením Pavla Ženišková (2015) zjistila, že kávu během těhotenství 48 žen (48 %) vůbec nepije. Jeden šálek denně si dopřeje 42 respondentek (42 %). 9 dotazovaných žen (9 %) konzumuje dva šálky kávy denně a jedna z respondentek (1 %) vypije tři a více šálků za den.

Pavla Ženišková (2015) výzkumem v rámci své bakalářské práce získala informace o kouření těhotných žen. 77 dotazovaných žen (77 %) odpovědělo, že vůbec nekouří. Občas kouří 13 respondentek (13 %). Kouření pouze na začátku gravidity uvádí 7 žen (7 %). 3 ženy (3 %) uvedly, že si cigaretu během těhotenství neodeprou. Výzkumným šetřením Martiny Veselíkové (2010) bylo zjištěno, že ze 108 dotazovaných žen celkem 82 žen (76 %) kouří nebo někdy kouřilo. Pouze 26 žen (24 %) nekouří a nikdy nekouřilo. Výzkumný vzorek Olgy Jakubíkové (2017) tvoří 105 nekuřáček (88 %) a 15 kuřáček (12 %). Z kuřáček uvedlo 9 žen (60 %), že kouřily jen na začátku těhotenství, 3 ženy (20 %) kouří příležitostně a 3 ženy (20 %) kouří pravidelně. Dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce přineslo následující informace týkající se kouření během těhotenství. V průběhu těhotenství nikdy nekouřilo 41 respondentek (84 %). Respondentky kouřící pravidelně jsou 3 (6 %) a stejný počet respondentek kouří příležitostně. 2 respondentky uvedly, že kouřily pouze na začátku těhotenství.

Dotazníkovým šetřením Pavla Ženišková (2015) získala informace týkající se zkušeností těhotných žen s alkoholem během těhotenství. 71 respondentek (71 %) v průběhu těhotenství alkohol nikdy nepožije. Občasných konzumentek alkoholu je ve výzkumném vzorku 24 (24 %). Pouze na začátku těhotenství pily alkohol 4 ženy (4 %). Během těhotenství požívá alkohol jedna respondentka (1 %). Těhotné ženy, které se účastnily dotazníkového šetření Olgy Jakubíkové (2017) poskytly následující data v souvislosti s pitím alkoholu v průběhu těhotenství. 84 dotazovaných žen (70 %) pije nebo pilo alkohol během těhotenství a 36 respondentek (30 %)

alkohol v graviditě nekonzumuje. 12 žen uvedlo (10 %), že pily alkohol pouze na začátku těhotenství, příležitostně si alkohol dopřálo 99 žen (82 %) a k pravidelné konzumaci se přiznalo 9 respondentek (8 %). Součástí mého výzkumného vzorku bylo 32 respondentek (65 %), které uvedly, že alkohol v průběhu těhotenství nikdy nepily. 13 respondentek (27 %) konzumovalo v graviditě alkohol příležitostně a 4 respondentky (8 %) pily alkohol jen na začátku těhotenství. Pravidelnou konzumaci alkoholu během těhotenství neuvedla ani jedna z respondentek.

Další informace, které jsem získala dotazníkovým šetřením v rámci mé bakalářské práce, se týkají zkušeností těhotných žen s užíváním marihuany a tvrdých drog. Naprostá většina dotazovaných těhotných žen (47 respondentek, 96 %) uvedla, že během těhotenství marihuanu nikdy neužívala. Pouze na začátku těhotenství marihuanu užívala jedna z respondentek (2 %). Příležitostné užívání marihuany v graviditě uvedla též jedna respondentka (2 %). Pravidelná uživatelka marihuany se mého výzkumu nezúčastnila. Všechny těhotné ženy, které se výzkumu účastnily (49 respondentek, 100 %), uvedly, že s užíváním tvrdých drog v průběhu gravidity žádnou zkušenost nemají. Stejného výsledku týkajícího se užívání tvrdých drog během těhotenství dosáhla i Pavla Ženíšková (2015). Všech 100 dotazovaných respondentek (100 %) odpovědělo, že během gravidity neužívaly žádné tvrdé drogy. Výzkumného šetření Olgy Jakubíkové (2017) se zúčastnilo 28 žen (23 %), které měly zkušenost i s jinými návykovými látkami kromě cigaret a alkoholu. 92 žen (77 %) zkušenost s dalšími návykovými látkami nemělo. Z 28 respondentek, které uvedly zkušenost s jinými návykovými látkami, užívalo 20 žen (71 %) marihuanu, 5 žen (18 %) užívalo pervitin a 3 ženy (11 %) uvedly zkušenost s lysohlávkami, LSD a extází.

Velemínský, Žižková (2008) odhadují, že v České republice ročně porodí více než 100 žen závislých na tvrdých drogách. Asi dvě třetiny trpí závislostí na opiátech a třetina na pervitinu. Se závislostí na kokainu se neseťkáváme příliš často, a to pravděpodobně z důvodu vysoké ceny. Více než polovina závislých žen užívá kombinaci dvou nebo více drog. Téměř všechny tyto ženy jsou závislé na nikotinu.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala návykovým látkám a jejich užívání během těhotenství. V současné době je toto téma poměrně často diskutované v souvislosti se zdravým životním stylem těhotných žen. V minulosti tomu však bylo jinak, jednalo se spíše o vyloučené téma.

Drogová závislost je jedním ze závažných rizikových faktorů, který nepříznivě ovlivňuje graviditu. Nejen, že je negativně ovlivněno zdraví samotné těhotné ženy, ale je zde významné riziko poškození vyvíjejícího se plodu. Užívání návykových látek představuje zvýšené riziko např. nízké porodní hmotnosti, výskytu vrozených vývojových vad, poruch mentálního vývoje, předčasného porodu nebo výskytu syndromu náhlého úmrtí novorozence. Považuji za důležité upozornit, že mezi návykové látky nepatří jen kokain, pervitin nebo heroin, jak se mohou někteří lidé domnívat. Návykovou látkou je kromě tzv. tvrdých drog i alkohol, nikotin či kofein. Kterákoliv z návykových látek může mít nežádoucí účinky na průběh těhotenství, na vývoj plodu nebo na zdraví těhotné ženy.

Teoretická část slouží k seznámení s těhotenstvím a s ním úzce související prenatalní péčí. Prenatální péče u drogově závislých těhotných žen hraje velmi významnou roli. Je žádoucí, aby byla žena informována o významu a důležitosti prenatalní péče. Žena by měla být upozorněna na případná rizika své závislosti. Nemělo by chybět ani poučení o možných řešeních, například o možnosti léčby. Teoretická část je dále věnována rozdělení návykových látek na jednotlivé skupiny a popisu jejich vlivu na průběh těhotenství, plod a novorozence. Následuje také část zaměřená konkrétně na drogovou závislost v těhotenství. Jsou zde uvedeny důsledky užívání návykových látek v průběhu gravidity, dále populace drogově závislých těhotných žen, specifika prenatalní péče u drogově závislých žen a možnosti léčby drogové závislosti u těhotných žen.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit rozsah informací těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Zajímala jsem se o povědomí těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Dotazovala jsem se na znalosti týkající se účinků jednotlivých návykových látek na jejich zdraví, ale i na zdraví dítěte. Chtěla jsem zjistit jaké mají ženy osobní zkušenosti s návykovými látkami v těhotenství. Zjišťovala jsem tedy zkušenosti s jednotlivými návykovými látkami v průběhu těhotenství. Také mě zajímalo, zda ženy navštěvovaly během těhotenství pravidelně svého gynekologa. V souvislosti s prenatalní péčí jsem ještě zjišťovala, zda se gynekolog tázal těhotných žen, jestli užívají návykové látky. Závěrem lze říci, že na začátku práce stanoveného cíle bylo dosaženo.



Dotazníkovým šetřením bylo dosaženo výsledků, které svědčí o tom, že těhotné ženy zúčastněné výzkumu mají dostatek informací o účincích návykových látek a o případných rizicích jejich užívání. Ženy mají povědomí o řadě onemocnění spojených s užíváním návykových látek. Mezi nejčastěji uváděná onemocnění patří rakovina plic, cévní mozková příhoda, onemocnění jater, poškození cévního systému nebo psychické poruchy. Těhotné ženy si uvědomují i hrozící rizika pro plod při užívání návykových látek. Dotazované ženy znají rizika jako je nízká porodní hmotnost, vyšší výskyt vrozených vývojových vad, poruchy mentálního vývoje i fetální alkoholový syndrom. I přes uvědomění si rizik spojených s užíváním návykových látek se však objevují ženy, kterým jsou tyto informace lhostejné. Nepřipouštějí si, že daná rizika se mohou týkat jich samotných. Výzkumu se účastnilo hned několik těhotných žen, které uvedly, že užívají některou z návykových látek, zároveň ale znaly i jejich negativní účinky jak pro své vlastní zdraví, tak pro plod. Nejčastěji se ženy neobejdou bez cigarety nebo alkoholického nápoje. Zjištění, že jsou budoucí matky schopné riskovat zdravím svého dítěte i přes to, že znají možná rizika, je znepokojující. Je žádoucí, aby v rámci prenatalní péče, ať už gynekologové či porodní asistentky, více apelovali na opakování informací týkajících se této problematiky. Je důležité ženám připomínat, že nepoškozují jen sami sebe, ale také své nenarozené dítě.

Výsledky dotazníkového šetření provedeného v rámci této bakalářské práce nelze připisovat populaci všech těhotných žen. Výzkumný vzorek tvořilo pouze malé množství respondentek. V praxi je však možné využít některé získané informace. Například edukace těhotných žen o návykových látkách v rámci prenatalních poraden gynekologem či porodní asistentkou, jak plyne z výzkumu, není vždy samozřejmostí.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

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

Doporučený postup v perinatologii Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. [online] [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/doporuceny-postup-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologicke-temotenstvi-n20.html>.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

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

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

JAKUBÍKOVÁ, Olga. *Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák)* [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-18-04]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120256286>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Vyd. 1. Praha: Monografie (Úřad vlády České republiky), 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Vyd. 1. Praha: Monografie (Úřad vlády České republiky), 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 8024727137.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1356-X.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
- PEŠEK, Roman a Kateřina NEČESANÁ. *Kouření, aneb, Závislost na tabáku: rizika, projevy, motivace, léčba: informační poradenská příručka*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2008. ISBN 9788025435809.
- PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SABERSKY, Annette. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-2740-0.
- TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
- VESELÍKOVÁ, Martina. *Návykové látky v těhotenství, návykové chování a závislost*. [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2017-18-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/d79ol6/107605-928448511.doc>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav pedagogiky a sociálních studií.
- ŽENÍŠKOVÁ, Pavla. *Těhotenství a návykové látky* [online]. Jihlava, 2015 [cit. 2017-18-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/10xs6r/40743.txt?furl=%2Fid%2F10xs6r%2F;so=nx;lang=en>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.

## **7 Příloha – dotazník k výzkumné části práce**

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Šedová, jsem studentkou Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií a studuji obor Porodní asistentka. Žádám Vás o vyplnění tohoto zcela anonymního dotazníku. Výsledky budou použity pouze jako podklad k mé bakalářské práci na téma Návykové látky v těhotenství. Cílem mého výzkumu je zjistit, jaká je informovanost těhotných žen o účincích návykových látek v těhotenství. Tímto bych Vás chtěla požádat o pravdivé odpovědi a poděkovat za čas, který věnujete vyplnění mého dotazníku.

### **1. Jaký je Váš věk?**

- a) Do 20 let
- b) 21 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) Nad 35 let

### **2. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodná nezadaná
- b) Svobodná zadaná
- c) Vdaná
- d) Rozvedená

### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

### **4. Navštěvovala jste během těhotenství pravidelně svého gynekologa?**

- a) Ano
- b) Ne

### **5. Zajímal se Váš gynekolog, zda užíváte návykové látky?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

- 6. Myslíte si, že užívání návykových látek ovlivňuje Vaše zdraví?**
- a) Neovlivňuje mé zdraví
  - b) Ovlivňuje mé zdraví pozitivně
  - c) Ovlivňuje mé zdraví negativně
  - d) Nepřemýšlela jsem o tom
- 7. Jaký vliv může mít užívání návykových látek na Vaše zdraví? (možnost více odpovědí)**
- a) Poruchy chování
  - b) Zvýšená chuť k jídlu
  - c) Postižení mozku
  - d) Poškození cév
  - e) Snížená tělesná teplota
  - f) Nedokáži posoudit
- 8. Jaký vliv může mít užívání návykových látek na zdraví Vašeho dítěte? (možnost více odpovědí)**
- a) Nízká porodní hmotnost
  - b) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
  - c) Zrychlený vývoj dítěte
  - d) Poruchy mentálního vývoje
  - e) Zrychlený růst plodu
  - f) Nedokáži posoudit
- 9. Kde jste získala informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek? (možnost více odpovědí)**
- a) Od gynekologa
  - b) Od porodní asistentky/zdravotní sestry
  - c) Na internetu
  - d) V literatuře
  - e) Nevzpomínám si
- 10. Pijete/pila jste kofeinové nápoje během těhotenství?**
- a) Pouze na začátku těhotenství
  - b) Příležitostně ano
  - c) Pravidelně ano
  - d) Nikdy
- 11. Kouříte/kouřila jste během těhotenství?**
- a) Pouze na začátku těhotenství
  - b) Příležitostně ano
  - c) Pravidelně ano
  - d) Nikdy

**12. Která onemocnění spojená s kouřením znáte? (možnost více odpovědí)**

- a) Dýchací potíže
- b) Onemocnění kloubů
- c) Rakovina plic
- d) Onemocnění zraku
- e) Cévní mozková příhoda
- f) Žádné onemocnění spojené s kouřením neznám

**13. Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka kouří? (možnost více odpovědí)**

- a) Nízká porodní hmotnost
- b) Zrychlený růst plodu
- c) Poruchy mentálního vývoje
- d) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
- e) Zrychlený vývoj dítěte
- f) Žádné riziko v souvislosti s kouřením neznám

**14. Pijete/pila jste alkohol během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy

**15. Která onemocnění spojená s pitím alkoholu znáte? (možnost více odpovědí)**

- a) Onemocnění jater
- b) Zvýšený výskyt cukrovky
- c) Poškození mozku
- d) Onemocnění kůže
- e) Dýchací potíže
- f) Žádné onemocnění spojené s pitím alkoholu neznám

**16. Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka pije alkohol? (možnost více odpovědí)**

- a) Zrychlený vývoj dítěte
- b) Mentální retardace
- c) Zvýšený výskyt vrozených vývojových vad
- d) Zvýšený výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence
- e) Vyšší porodní hmotnost
- f) Žádné riziko v souvislosti s pitím alkoholu neznám

**17. Užíváte/užívala jste marihuanu během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy

**18. Užíváte/užívala jste tvrdé drogy během těhotenství?**

- a) Pouze na začátku těhotenství
- b) Příležitostně ano
- c) Pravidelně ano
- d) Nikdy

**19. Která onemocnění spojená s užíváním tvrdých drog znáte? (možnost více odpovědí)**

- a) Zvýšená chuť k jídlu
- b) Psychické poruchy
- c) Onemocnění žilního systému
- d) Poškození sluchu
- e) Zvýšená tělesná teplota
- f) Žádné onemocnění spojené s užíváním tvrdých drog neznám

**20. Jaká jsou podle Vás rizika pro dítě, jehož matka užívá tvrdé drogy? (možnost více odpovědí)**

- a) Abstinenční příznaky
- b) Zrychlený vývoj dítěte
- c) Vrozené vývojové vady
- d) Zrychlený růst plodu
- e) Nízká porodní hmotnost
- f) Žádné riziko v souvislosti s užíváním tvrdých drog neznám

**21. Domníváte se, že těhotné ženy mají k dispozici dostatek informací o návykových látkách a jejich účincích?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlela jsem o tom

Děkuji za Váš čas.