

Univerzita Karlova Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Informovanost dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany
a kofeinu v těhotenství

Awareness of girls aged 16-18 about the risks of alcohol, tobacco, marijuana and caffeine use
in pregnancy

Bc. Tereza Chotěborová

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: N PG-VZ

2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4.5.2020

.....

podpis

Poděkování patří Ing. Bc. Aleně Váchové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné připomínky, podnětné rady a ochotu během psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které se účastnily dotazníkového šetření, za jejich ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce řeší informovanost vybrané skupiny dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství. Cílem je zjistit jejich znalosti z tohoto tématu a na základě získaných dat vytvořit vhodný pedagogický výstup. Ten by měl jejich znalosti doplnit a prohloubit. Informovanost dívek o rizicích užívání vybraných látek v těhotenství je zjištěna pomocí dotazníkového šetření znalostního charakteru u 85 respondentek. Výsledky ukazují, že jejich znalosti jsou 59 %, a proto je pro ně vhodné si je pomocí pedagogického výstupu doplnit.

KLÍČOVÁ SLOVA

Informovanost, dívky, návykové látky, těhotenství

ABSTRACT

This diploma thesis addresses the awareness of a selected group of girls aged 16-18 about the risks of alcohol, tobacco, marijuana and caffeine use in pregnancy. The aim is to find out their knowledge of this topic and on the basis of the obtained data to create a suitable pedagogical output. It should supplement and deepen their knowledge. Girls' awareness of the risks of using selected substances in pregnancy is determined by means of a questionnaire survey of a knowledge nature of 85 respondents. The results show that their knowledge is 59% and therefore it is appropriate for them to supplement it with the help of pedagogical output.

KEYWORDS

Awareness, girls, addictive substances, pregnancy

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část.....	9
1.1 Fyziologické těhotenství	9
1.1.1 Otěhotnění	9
1.1.2 Průběh těhotenství	11
1.1.3 Vyšetření novorozence po porodu.....	18
1.2 Zdravý životní styl těhotných	20
1.2.1 Výživa těhotných.....	20
1.2.2 Sport v těhotenství.....	23
1.2.3 Spánek v těhotenství.....	25
1.2.4 Léky v těhotenství	25
1.2.5 Očkování v těhotenství	26
1.2.6 Slunění a opalování v těhotenství.....	26
1.2.7 Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou.....	26
2 Návykové látky v těhotenství.....	27
2.1 Úvod do drogových závislostí	27
2.2 Historie drogových závislostí	28
2.3 Rozdělení drog.....	28
2.4 Vlastnosti vybraných látek – alkohol, tabák, marihuana a kofein	30
2.4.1 Alkohol.....	30
2.4.2 Konopné látky	33
2.4.3 Tabák	35
2.4.4 Kofein.....	36
2.5 Rizika užívání vybraných návykových látek v těhotenství	38

2.5.1	Abstinenční syndrom novorozence	38
2.5.2	Vliv vybraných látek na těhotenství a plod	40
2.6	Péče o ženy užívající návykové látky	44
2.6.1	Ženy jako specifická skupina	45
2.6.2	Péče o těhotné ženy	46
3	Období adolescence.....	49
3.1	Rozdělení jednotlivých období v dospívání.....	50
3.1.1	Časná adolescence: 10-13 let.....	50
3.1.2	Střední adolescence: 14-16 let.....	52
3.1.3	Pozdní adolescence: 17-19 let	53
3.2	Syndrom rizikového chování v dopívání	54
3.2.1	Projevy rizikové chování	55
3.2.2	Zneužívání (abúzus) návykových látek	55
3.2.3	Rizika v oblasti reprodukčního zdraví.....	56
3.3	Výuka o rizikovém chování na základní škole	58
3.3.1	Rámcově vzdělávací program pro základní školy	59
3.3.2	Preventivní programy ve škole	61
4	Praktická část.....	63
4.1	Metoda průzkumu	63
4.2	Výsledky výzkumu	64
4.3	Komparace dat	78
4.4	Diskuze	79
5	Pedagogický výstup.....	82
	Závěr.....	89
	Seznam použitých informačních zdrojů	90
	Seznam příloh.....	92

Úvod

Předložená diplomová práce se zabývá informovaností vybrané skupiny dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství. Jejím cílem je na základě výzkumného šetření zjistit úroveň znalostí vybrané skupiny dívek o rizicích užívání vybraných látek a podle nich připravit vhodný pedagogický výstup.

Věkové rozmezí 16-18 let jsem si vybrala z důvodu, že téma rizikového chování v těhotenství a těhotenství samotné není od jejich věku příliš vzdálené, ale zároveň ještě nepatří do skupiny, kdy by těhotenství bylo běžné.

V tomto věku je i výhodou, že dívky většinou mají základní povědomí o tomto tématu. Prohloubení a upřesnění těchto informací může poskytnout jiný způsob práce s těmito informacemi, jako jsou kritické myšlení a další metody z oblasti porovnávání získaných vědomostí.

Diplomová práce je rozdělena na tři části: teoretickou, praktickou a pedagogický výstup. V teoretické části se setkáme s informacemi, které nás provedou od počátku fyziologického těhotenství, zdravého životního stylu těhotných k základnímu rozdělení návykových látek, tam se pak zaměřím hlavně na alkohol, tabák, marihuanu a kofein a jejich přímý vliv na těhotenství a plod. Součástí teorie je i náhled na práci s drogově závislými matkami.

Poslední oblast, které se v teoretické části dotkneme, se zabývá právě adolescenty, rizikovým chováním adolescentů a náhled, kde se žáci v rámci školy při základním vzdělání s tématem návykových látek a těhotenství mohou setkat.

Praktická část nám poskytne zhodnocení a popis výsledků dotazníku, který mapoval vědomosti dívek v tématu vlivu vybraných látek v těhotenství a zjišťoval, zda se o tomto tématu učily ve škole, jestli se dívky setkaly s tímto tématem mimo školu a zda by se chtěly dozvědět z této oblasti více.

Část pedagogického výstupu se stává z navrženého projektu, který koresponduje se získanými daty výzkumu a má za cíl upevnit, uspořádat a prohloubit znalosti v oblasti rizik vybraných látek v těhotenství.

Samotný projekt zahrnuje práci s příběhem, jeho součástí jsou tedy fiktivně vytvořené příběhy, materiál s informacemi a pracovní list, s kterým by dívky při projektu pracovaly.

1 Teoretická část

Teoretická část práce uvádí informace o fyziologickém těhotenství, zdravém životním stylu těhotných, návykových látkách, jejich rozdělení a u vybraných látek jejich vliv na těhotenství, péči o drogově závislé matky a dále se věnuje adolescentní skupině a jejich vzdělávání v oblasti vybraného rizikové chování.

1.1 Fyziologické těhotenství

Abych mohla uvést, jakým způsobem vybrané návykové látky škodí plodu a jeho vývoji i matce, je důležité si nejprve ukázat, jak má vypadat fyziologické těhotenství a dále zdravý životní styl těhotných.

1.1.1 Otěhotnění

Otěhotnění neboli oplodnění či koncepce je splynutí mužské a ženské pohlavní buňky, tedy spermie a vajíčka (Pařízek, 2015 a).

Vznik spermií se odehrává v semenných kanálcích varlat, kde dochází i ke zrání. Uvnitř hlavičky spermie najdeme buněčné jádro, to má pouze poloviční počet chromozomů než ostatní buňky lidského těla. Počet je tedy 23 chromozomů. Pokud je spermie zdravá z počtu 23 chromozomů je 22, které obsahují dědičné informace pro tělesné a duševní znaky člověka. Pohlavní chromozom je poslední, tedy 23. a říkáme mu pohlavní, protože určuje pohlaví (Rosypal, 2003; Pařízek, 2015 a).

Pohlavní chromozomy jsou dva a každý má jiný tvar. Chromozom tvaru X je označován za větší a určuje nám ženské pohlaví. Oproti tomu chromozom, který označujeme menší a je tvaru Y, určuje mužské pohlaví a je specificky mužským chromozomem. Polovina spermií obsahuje chromozom X a druhá polovina Y (Pařízek 2015 a; Tematická encyklopedie 1999).

Spermie se dostane z varlat přes nadvarlata k semenným váčkům a prostatě, tam vzniká ejakulát. Ten je při mužském orgasmu vstříkovan do pochvy (Rokyta 2016; Pařízek 2015 a).

Ve vaječniku, což je ženská pohlavní žláza., dochází k produkující ženských pohlavních buněk a hormonů. U novorozených děvčátek je asi 200 000 folikulů, to jsou základy vajíček a z nich se vajíčka vyvíjí. Když dívka dospívá, postupně jen malá část folikulů dozraje tak, aby folikul

obsahoval zralé vajíčko. Nakonec v průběhu života ženy uzraje asi 400 vajíček a proběhne 400 menstruací. Folikuly, které neuzrají, se vyvíjejí pouze do určitého stupně, někdy se nevyvíjí vůbec (Naňka & Elišková, 2009; Pařízek 2015 a).

Zralé vajíčko obsahuje také jako spermie poloviční počet chromozomů a opět je 23. chromozom posledním pohlavním chromozomem. Rozdíl oproti pohlavnímu chromozomu ve spermií je, že vajíčko obsahuje vždy pouze chromosom X, a to platí u všech vajíček (Rosypal, 2003).

Když nastane ovulace, tak vajíčko vycestuje z prasklého folikulu na sliznici vejcovodu. V případě, že se ejakulát po mužském orgasmu dostane do pochvy, tak spermie proniknou do hlenu děložního hrdla. Dále putují dutinou dělohy, tam získají schopnost, která jim umožní proniknout buněčnou blánou do nitra vajíčka (Rosypal, 2003; Pařízek, 2015 a).

Do vajíčka pronikne jedna ze spermií, k setkání spermií a vajíčka dochází ve vejcovodu. Tento proces se nazývá oplození a dochází k vytvoření buňky s názvem zygota. Zygota má již plný počet chromozomů, což je 46. U chromozomů dochází k párování, takže vznikne 23 párů chromozomů z toho 22 párů je určeno k dědičným informacím pro tělesné a duševní znaky. Poslední chromozom, tedy 23., určuje pohlaví. Záleží na tom, jestli spermie přenáší chromozom X nebo Y, to je určující pro pohlaví dítěte (Rosypal, 2003; Pařízek, 2015 a).

Pokud k oplození dojde, žena podle následujících příznaků zjistí, zda je gravidní, nebo ne.

Příznaky těhotenství

Symptomy těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté. Do nejistých známek těhotenství patří: střídáním nálad, únavností, sklonem k závratím a mdlobám, ranní nevolností až zvracením, zvýšeným sliněním, změnami chuti k jídlu, pocitem zvýšeného napětí v prsech a zvětšením prsů, tvorbou tekutiny v prsech, tzv. kolostra, častým nucením k močení. Jsou způsobeny celkovými změnami v těle ženy. Do pravděpodobných známek těhotenství patří vynechání očekávané menstruace. Jistou známku těhotenství nám zajistí velice brzy po otěhotnění objektivní testy nebo ultrazvuk (Pařízek, 2015; Roztočil 2017).

Princip objektivního zjištění spočívá v tom, že oplodněné vajíčko, které je již rozděleno do mnoha buněk tzv. blastocysty, se zahnízdí do nachystané sliznice dělohy. V tomto okamžiku začínají první buňky, které tvoří základ placenty, uvolňovat hormony, které zabraňují nadcházející menstruaci. Produkují lidský choriový gonadotropin – hCG. Lékař tedy z odebrané krve dotyčné zjistí hladinu lidského gonadotropinu v krvi. Hladina hCG během prvního trimestru narůstá a každé 2-3 dny se znásobuje, až přibližně v 16. týdnu těhotenství

se ustálí na určité hladině. Lidský gonadotropin je detekovatelný i v moči, lze tedy provést i těhotenské testy z moče. Nejčastěji je dotyčná použije po vynechané menstruaci, a právě na základě pozitivního výsledku jde právě na krevní test k lékaři. Co se týká vyšetření ultrazvukem, tak lze těhotenství potvrdit až ve 4. -5. týdnu. Což je v porovnání s testem krve a moči o dost později (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

V případě, že má žena těhotenství potvrzeno, plod by se měl fyziologicky vyvíjet podle následujícího průběhu.

1.1.2 Průběh těhotenství

Fyziologický průběh těhotenství má pravidelná období. Ta dělíme na období zárodku a plodu. Vývoj zárodku nazýváme období embryonální a sledujeme ho po týdnu, období vývoje plodu nazýváme fetální a je sledováno po měsíci. Embryonální vývoj v děloze ženy je prvních 8 týdnů, tedy od doby oplodnění vajíčka do 9. týdne. Pak až do porodu se jedná o období fetální (Pařízek, 2015 a; Hanáková 2010).

V rámci celého světa je zvykem počítat těhotenství od poslední menstruace, tedy na pohled od doby, kdy žena ještě těhotná nebyla (Pařízek, 2015 a; Encyklopedie rodičovství 1996).

Možné je tedy počítat stáří dítěte dle několika variant. Tou první je výše zmíněná varianta – podle menstruace matky – tzv. gestační stáří. Další variantou je možnost počítat od doby oplození. Pokud počítáme těhotenství od doby oplození, zjistíme skutečné anatomické stáří embrya, následně plodu. Nejpřesněji můžeme určit stáří plodu při ultrazvukovém vyšetření (Pařízek, 2015 a; Encyklopedie rodičovství 1996).

S různým typem počítání se setkáváme i u délky těhotenství. Zvykem je udávat počet v tzv. lunárních měsících, ale lunární měsíc je kratší než měsíc v kalendáři, protože má pouze 28 dní. Pokud vztahujeme těhotenství k prvnímu dni poslední menstruace, při pravidelném 28denním menstruačním cyklu 280 dnů, tj. 40 týdnů, vyjde nám 10 lunárních měsíců, což je zhruba 9 měsíců kalendářních (Pařízek, 2015 a; Encyklopedie rodičovství 1996).

9. týden (7. týden po oplodnění neboli skutečné stáří zárodku)

V 9. týdnu dochází k proměnám končetin, nacházíme již meziprstní štěrbinu. Dále se rozdělují buněčné okrsy v mozku. Do toho se vytváří síť cév, které budou zásobovat mozek krví. V rámci nervové soustavy začnou vycházet z krční části míchy nervy, jejichž cesta bude k bránici. Ta je hlavním dýchacím svalem člověka (Pařízek, 2015 a; Roztočil a kol., 2017).

Mezi další vývoj v tomto měsíci patří začátek tvorby slzných kanálků a slzných žlázek. Na sítnicích očí je už zřetelně vidět pigment. Sluchový orgán má už základ tří částí: zevního, středního a vnitřního ucha. Zpozorovat můžeme i vznik dolního rtu, tam je již vytvořen základ pro 20 mléčných zubů (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

10. týden (8. týden po oplodnění neboli skutečné stáří zárodku)

Na konci 10. gestačního týdne nebo 8. embryonálního (skutečné stáří) týdne končí embryonální vývoj. Jeho konec mimo jiné značí srůst okrajů očních víček. Od 8. týdnu mluvíme již o plodu. Přičemž u konce tohoto období by měl měřit 3 až 4 cm a vážit 3 až 5 g. Zárodek už má i zřetelně lidskou podobu, ale hlava je v poměru k tělu velká. Zabírá až polovinu celkové délky. U zárodku můžeme vidět vytvořený krk a v obličejí patrná oční víčka, která už spojují oční štěrbinu (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

V dalším vývoji svaloviny srdce dochází k vytváření krevní cévy. Zaznamenáváme rozšíření mozku, v něm začínají vznikat první elektrické impulsy. Když se podíváme na vývoj míchy, všimneme si, že začínají fungovat první reflexy. Když se podráždí obličejová krajina, otevrou se ústa a plod se hýbe. V tomto období je vytvořen chrupavčitý základ hrtanu a průdušnice. U dívek dochází k rozdělení vaječnicků na kůru a dřev. Plod má již vytvořen základ všech orgánů (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

3. měsíc těhotenství

V tomto období je plod 9 cm dlouhý a váží okolo 20 g. Na končetinách vidíme už dobře patrné prsty, dochází k prodloužení rukou. Je položen chrupavčitý základ kostry. Ze základu, který plod má, se vyvíjí buď mužské, nebo ženské pohlavní orgány, ty ještě ale nemůžeme při ultrazvukovém vyšetření rozlišit. Ve vývoji srdce vznikly chlopně mezi síněmi. V rámci mozku se vytváří základ mozkové kůry (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Přestože se plod už pohybuje, matka nemůže nic cítit, protože pohyby jsou velmi slabé. Obličej nabývá jasnějších rysů hlavně díky tomu, že se zdvihla hlavička. Tím je tvář v podstatě hotová. Na tváři se rýsují rty, oči se posunuly dopředu a jsou zakryty víčky. Začínají se tvořit i hlasivky v hrtanu. U sluchového ústrojí se formuje boltec, ve středním uchu se vytvářejí svaly, které ovládají kůstky středního ucha. Vnitřní hlemýžď umístěn ve vnitřním uchu je víceméně dokončen. Tvar ledvin dostává definitivní tvar a plod začíná vylučovat do plodové vody moč. Výrazný posun je ve vývoji jater a začínají se formovat i žaludeční žlázy. Celkově je dokončen vývoj placenty (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Děloha má velikost zhruba grapefríutu. Na ústupu jsou ranní nevolnosti i časté nucení k močení. Těhotná začíná přibírat na váze, pokud trpěla velkými nevolnostmi, vrací se chuť k jídlu. Váhový přírůstek má být do této doby asi 1,2 kg (10 % celkového váhového přírůstku během těhotenství), (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

4. měsíc těhotenství

Plod má délku 16 cm a váhu okolo 120 g. Zatím není vytvořen tělesný tuk a tělo pokrývá jemná, svraštělá a červená kůže. Není tedy už úplně tenká, ale zůstává průsvitná, takže jsou vidět cévy. Po celém povrchu těla jsou velmi jemné chloupky, chmýří, kterému říkáme lanugo. Dále se vyvíjí základ mozkové kůry. Pokračuje základ vývoje mozkové kůry, rovněž se vyvíjí hmat a některé hmatové receptory (např. v prstech) jsou na svém místě. Plod díky rozvoji smyslů přichází na chuť plodové vody, kterou polyká. Což znamená, že začínají fungovat chuťové pohárky. Posun dochází i u vývoje zubů, začínají se tvořit základy zubů trvalých. Do toho probíhá tvorba kostní tkáně, ale není ještě zcela pevná (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Už na první pohled může být patrné, že je žena těhotná, dochází ke zvětšování břicha. Horní část dělohy zasahuje až k pupku. Žena díky odebraným živinám, které plod potřebuje, může mít větší chuť k jídlu. U žen může docházet ke změnám kožní pigmentace, a proto můžeme pozorovat tmavší prsní bradavky, ale i tmavý pruh, který probíhá středem břicha od pupku níže. Toto ztmavnutí má název linea fusca a zmizí až v šestinedělí. Ve velké míře se tvoří hormon progesteron, který má vliv na střeva, a tak mohou pracovat pomaleji, ochabovat může i žaludek. To se u těhotné může projevit zácpou. Žena může pociťovat nepříjemné horko a častěji se potit (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

5. měsíc těhotenství

Délka plodu je okolo 25 cm a váha zhruba 250 g. Na hlavičce se setkáme s růstem vlasů a na prstech nehtů. Pod kůží je alespoň velmi tenký tukový polštář. Oddělují se srostlá oční víčka. U zubů se tvoří sklovina. Začínají se tvořit jak žaludeční šťávy, tak šťávy slinivky břišní a odchází do tenkého střeva (Pařízek, 2015 a).

U rozvětvených průdušek začíná tvorba jejich slizniční výstelky. Jsou vyvinuté hlavní plicní cévy, tepny i žíly. Základní vnitřní struktura ledvin je hotová. U dívek dochází k definitivní tvorbě struktury vaječníků a u chlapců semenných kanálků ve varlatech. V rámci vývoje dělohy dochází k tvorbě hladkého svalstva, na místě mezi pochvou a jejím zevním vyústěním se tvoří základ panenské brány (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Během třetího měsíce se těhotenské břicho výrazně zaobluje. Je obvyklé, že se žena v polovině těhotenství cítí dobře. Žena cítí pohyby plodu a nejen to, ale i další pocitové vjemy mohou přispívat ke spokojenosti ženy. Některé těhotné ženy se začnou potýkat s bolestí zad. Prsy začínají rychle zvětšovat svůj objem a mohou se začít tvořit otoky, to hlavně končetin. Častým problémem může být i zadýchávání. Týdenní přírůstek by měl být cca 0,5 kg (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

6. měsíc těhotenství

Plod je cca 30 cm dlouhý a váží zhruba 600 g. U svalových buněk nachází již k definitivnímu upořádání. U mozkových polokoulí zaznamenáváme povrch téměř hladký. Probíhá tvorba sliznice v dýchacích cestách, kolem dýchacích cest se nakupují buňky, které budou významné pro imunitu dítěte. Můžeme začít pozorovat rytmické dýchání plodu. Tvorba močové trubice u dívek je u konce. Konečnou podobu začínají mít vaječníky i varlata. Vývoj pochvy je také dokončen (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

U plodu zaznamenáváme hodně pohybu, vykoná 20 až 60 pohybů za půl hodiny. V tomto období má plod už fáze bdění a spánku, také začíná reagovat na zvuky zvenčí. V obličeji plodu dochází ke zvýraznění. Obočí je viditelné, nos se rýsuje jasněji, uši jsou větší, vytváří se krk. Začíná se vyskytovat sací reflex, u dítěte si často můžeme všimnout cucání palce a někdy mívá škytavku (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Žena nabírá na váze 0,5 kg za týden, je to v tomto období přirozený jev. V těle ženy se může začít zadržovat voda, a tak se může potýkat s oteklým obličejem. Také může docházet ke změnám krevního tlaku či snížení hladiny cukru v krvi, což může způsobovat mdloby a nevolnosti. Během čištění zubů se žena může setkat s krvácením z dásní, protože jsou křehčí (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

7. měsíc těhotenství

Délka plodu je 35 cm a váha 1200 g. V děloze se nepohybuje už tolik jako předtím, protože mu v ní začíná být těsno. Srdce ještě není plně dokončené, komunikace probíhá mezi pravou a levou síní, plicní tepna je spojena sestupnou aortou. Toto spojení se nazývá arteriální dučej. Po celém povrchu mozku se začínají vytvářet mozkové závitky. Struktury ucha jsou již plně vytvořené od 6. měsíce, a plod tak může vnímat zvuky a reagovat na ně. Podle hudby, kterou rodiče poslouchají, se dokáže pohybovat a zklidnit. Také je ukončen vývoj plic. V rámci plicní tkáně se vytváří důležitá látka, surfaktant, která umožňuje správné rozvinutí plic po porodu. Dýchací pohyby plodu jsou čím dál více pravidelné, také již plně fungují žaludek a střeva, vývoj ledvin je v podstatě ukončený (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Fyzicky se žena může cítit dost těžká, neohrabaná, přichází brzy únava a snadno se unaví. Celé tělo ženy vydává velký výkon, zejména srdce bije rychleji i krev obíhá rychleji. Těhotná žena se může potýkat s pálením žáhy či mít potíže s trávením. To jsou ale běžné jevy během těhotenství (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

8. měsíc těhotenství

Plod je okolo 40 cm dlouhý a váží zhruba 1800 g. Během tohoto měsíce už zaujímá typickou polohu, kdy je hlavičkou dolů a zadečkem nahoru. Kůže je napnutá slabou vrstvou podkožního tuku. Chmýří, které postupně mizí, nahrazuje mázek, což je ochranná vrstva. Ta bude také ke konci těhotenství mizet. V rámci vývoje mozku se prohlubují mozkové závitky a obalují se nervové buňky mozku, míchy i ostatních nervů. Také se dokončuje cévní zásobení mozku. Zornička oka dokáže reagovat na světlo. Kostí nabývají na síle a prodlužují se. Plod plodovou vodu okolo sebe polyká a vylučuje do ní (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Z důvodu, že plod v břiše těhotné už hodně tlačí, jí může způsobovat různé potíže, hlavně časté nucení močit i lehkou dušnost. Břicho se stále dále napíná, u ženy se mohou vyskytnout občasné stahy dělohy, které cítí jako napětí nebo mírnou bolest. Pánev se pomalu připravuje na budoucí průchod dítěte, a tak se rozšiřuje (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

9. měsíc těhotenství

Délka a váha plodu je 45 cm a 2 700 g. Podkožní tukový polštář je již vytvořen, na kůži mizí vrásky, kůže je napjatá. Ochranná vrstva kůže se zčásti odlupuje a zbytky plují v plodové vodě. Kůže plodu je napjatá, pod ní zcela vytvořen tukový polštář, a tím mizí i vrásky na kůži (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Lebka není dosud zcela pevná, dva lebeční lupínky (oborně řečeno fontanely), vazivové plošky mezi lebečními kostmi, se uzavřou až několik měsíců po narození. Lebka ještě nemůže být úplně pevná, protože lebeční lupínky (fontanely), vazivové plošky mezi lebečními kostmi, se uzavírají až několik měsíců po narození. U míchy už můžeme vidět tvar i funkci jako při narození, dále pokračuje zbrázďování mozku. Je hotová pigmentace duhovky oka. Ve vaječnicích můžeme najít měchýřky (folikuly) s vajíčky, jejichž počet je pro celý život u ženy konečný (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Těhotná žena bývá v tomto období více unavená a možná i nevyspalá, v tomto období jsou totiž poruchy spánku poměrně běžné. Břicho je značně objemné. Močení je častější, protože hlavička dítěte tlačí na močový měchýř. Váhový přírůstek je v tomto období již velmi malý. Za drobné obtíže lze považovat křeče v lýtkách a chodidlech, dále bolest rodidel. (Pařízek, 2015 a; Roztočil 2017).

Termín porodu

Jsou vytvořeny chrupavky nosní a ušní, nehty na rukou přesahují špičky prstů, na nohou dosahují špiček prstů. Na plodu by měly být znatelné všechny známky zralosti. Délka je zhruba 48–50 cm a váha přes 2 700 g. Kůže plodu je napjatá, růžová a pokrývá ji mázek, což je bělavá mazlavá hmota. Zároveň mizí lanugo, toto jemné chmýří může zůstat mezi lopatkami na zádech. Mezi okrajem spony stydké kosti a hrotem mečovitého výběžku hrudní kosti se vyskytuje úpon pupečníku. Fontanely jsou malé a švy mezi lebečními kostmi jsou úzké. Nosní a ušní chrupavky jsou již také vytvořeny. Mezi další znaky donošenosti patří u chlapců

sestouplá varlata a u děvčátek velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky a štěrbínovitě uzavírají poševní vchod. V rámci nervové soustavy dosahují vlákna nervových buněk definitivní délky, větvení i výstavba cév v mozku je hotová. Dále probíhá dozrávání buněk v mozkové kůře, obaly okolo nervů se budou dokončovat ještě několik let (Pařízek, 2015 a; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Změny v těle těhotné ženy

Žena se v době před porodem cítí dosti neohrabaně a čeká na samotný porod. Během těhotenství děloha zvětšila svou hmotnost 10krát a objem 500krát. Váhový přírůstek se pohybuje okolo 12 kg, do toho paří 10% placenta, 20 % zmožená krev, 10% plodová voda a 20% váhový přírůstek dělohy, nohou a prsou. Před očekávaným porodem není neobvyklá nervozita ženy i jejího okolí. Zajímavé je, že při této předporodní nervozitě se v organismu tvoří látky, které pomáhají proti bolestem při porodu. Žena se může potýkat s hemeroidy, to jsou rozšířené žíly v oblasti konečníku, které většinou po porodu sami odezní. Na konci těhotenství se plod hodně hýbe, a tak žena může trpět nespavostí. Výjimkou nejsou ani bolesti a křeče (Pařízek, 2015; Roztočil 2017).

Porod

Určení počátku porodu není vždy jednoduché. Kontrakce může žena pociťovat dlouho před skutečným začátkem porodu. První dobou porodní (neboli otevírací doba) začíná porod. Zprvu nastávají pravidelné děložní stahy (kontrakce), které umožní rozevření a zánik děložního hrdla. To se postupně rozšiřuje. První doba porodní končí tím, že branka dělohy již není hmatná (Rokyta 2016; Pařízek 2015 b).

Za začátek druhé doby porodní je považováno úplné rozvinutí branky dělohy a končí porodem dítěte. Třetí doba porodní nastává porodem dítěte a končí vypuzením placenty. Porozenou placentu musí pečlivě zkontrolovat. Důvodem je, aby v děloze nezůstaly její zbytky či větší množství plodových obalů (Rokyta 2016; Pařízek 2015 b).

Po narození miminka se zjišťuje jeho zdravotní stav pomocí různých screeningových metod a vyšetření.

1.1.3 Vyšetření novorozence po porodu

Než dojde k zhodnocení a vyšetření novorozence, je potřeba zmínit, jak definujeme živě narozené dítě a novorozence. Dále se budu věnovat tomu, jak fyziologicky novorozenec vypadá a jaká vyšetření novorozenci můžeme udělat.

Za živě narozené dítě se považuje to dítě, které je úplně vypuzeno, nebo dojde k jeho celému vynětí z těla matky, projevuje alespoň jednu ze známek života (dech, akce srdeční, pohyb), má porodní hmotnost ≥ 500 g, nebo <500 g a přežije-li 24 hodin po porodu. Novorozeneckým obdobím je pak myšleno období od okamžiku narození dítěte do ukončeného 28. dne života (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

Do důležitých známek živě narozeného dítěte patří: dechová frekvence v rozmezí 40–60 dechů za minutu, normální pO_2 se pohybuje v rozmezí 8–10 kPa u novorozenců, 6–9 kPa u nedonošenců. Normální pCO_2 bývá okolo 4,5–6,5 kPa. Funkční reziduální kapacita (FRC) po narození odpovídá 30 ml/kg (tj. stejná FRC jako u dospělého), (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

Tepová frekvence by měla být nejprve 150–180/min., poté 120–140/min. V 1. týdnu života vyžaduje nahý novorozenec teplotu zevního prostředí 32–34 °C, oblečený 24–27 °C. Novorozenci často poprvé močí již po porodu. V normě je, pokud se vymočí do 48 hod po porodu. Objem vyloučené moči je 50–150 ml/kg/den. Z trávicího traktu odchází tzv. smolka nejčastěji v prvních 12 hodinách života, střevo je sterilní, střevní flóra se vyvíjí v prvních dnech života (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

U zrakového ústrojí je dobré rozvinutí sítnice, ale ještě není plně vyvinutá pohyblivost čočky a zraková ostrost. Toho dosáhne dítě kolem prvního roku věku. Optimální vzdálenost pro akomodaci oka je 20–25 cm (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

Přítomny by měly být novorozenecké (nepodmíněné) reflexy (pátrací a sací reflex umožňující příjem potravy, reflex vyměšovací, reflexy obranné, orientační, úchopové, polohové, atd). Akustikofaciální reflex by měl být přítomen od 10. dne (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

V případě hmatu novorozenec pozitivně reaguje na teplo a taktilní uklidňování. Sání prstů je pozorováno již od 24. týdne těhotenství. Co se týká spánku, tak je zatím rozdrobený do většího počtu časových úseků a novorozenec prospí kolem 20 hodin denně (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

V brzké době po porodu by měl být novorozenec vyšetřen dětským lékařem. Během vyšetření se hodnotí stav výživy, svalové napětí, zralost novorozence. Do vyšetření také patří adaptace mimo matčino lůno, poslouchá se dýchání a srdeční činnost. Hledají se různé odchylky a vývojové vady. Do kontroly se zahrnuje i kůže, její napětí i znaménka na ní (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

Apgar skóre

Pro orientaci nad posouzením zdravotního stavu novorozence se mezinárodně používá Apgar skóre neboli Agar test. Ten sleduje několik kritérií, a to ihned po narození. Těmito kritérii jsou: puls, dech, svalové napětí, reakce na podráždění a zbarvení kůže. Hodnocení v rámci Apgar testu se vyjadřuje třemi čísly v rozpětí od nuly do desítky (například 9–10–10), které jsou součtem hodnot zjištěných v první, páté a desáté minutě života dítěte. Každé ze sledovaných kritérií novorozence se hodnotí nulou až dvěma body. Čím nižší hodnoty, tím méně příznivý je stav dítěte. Za běžný stav se považuje Apgar skóre mezi 8 až 10 body. Stav novorozence se ale může rychle měnit, a tak Apgar skóre určené po narození nemusí mít na další vývoj dítěte vliv (Lebl, Provazník, & Hejčmanová, 2007).

Pro vyhledávání dalších různých onemocnění a odchylek slouží screening, ten se dělá na celoplošné úrovni. Právě včasné odhalení některých onemocnění může pomoci v zahájení časně léčby (Gregora & Velemínský ml., 2011; Pařízek, 2015 b).

Screening se provádí pomocí vyšetření suché krevní kapky, která se novorozenému dítěti odebere z paty. Toto vyšetření se provádí mezi 48. - 78. hodinou života. V rámci novorozeneckého screeningu je vyšetřeno 18 metabolických onemocnění. Do metabolických poruch, které se dědí, patří více než 900 různorodých vzácných onemocnění, nejčastěji jsou způsobena poruchou enzymů látkové přeměny (metabolismu). Do nejčastějších dědičných onemocnění tohoto typu patří cystická fibróza, vrozený nedostatek hormonů kůry nadledvin a nedostatek hormonů štítné žlázy (Gregora & Velemínský ml., 2011; Pařízek, 2015 b).

Screening na vrozený šedý zákal

Katarakta neboli šedý zákal je onemocnění čočky. Čočka ztrácí svou průhlednost. Tento jev může být symptomem celé řady onemocnění. Při vyšetření se používá oftalmoskop, což je oční zrcátko s vlastním zdrojem světla, a provádí se 3. - 4. den po porodu v porodnici. Princip vyšetření oftalmoskopem spočívá v tom, že pokud je čočka čirá, projde světlo bez problémů až na sítnici a odrazí se od ní jako tzv. červené světlo. To by se dalo připodobnit odrazu blesku

z fotoaparátu, který způsobí červený odraz očí. Když novorozenec vrozenou kataraktu má, k tomu to reflexu nedojde (Gregora & Velemínský ml., 2011; Pařízek, 2015 b).

Vyšetření sluchu

Pokud je ucho zdravé, tak při podráždění zevního zvukovodu stimulem dojde k produkci zvuku. Zvuk se produkuje pomocí kmitání vlasových buněk ve vnitřním uchu, říkáme tomu emise. Právě tento proces se využívá při screeningu poruch sluchu a to 3.-4. den v porodnici. Když se zjistí nevybavenost těchto otoakustických emisí, je novorozenec poslán na další podrobnější vyšetření sluchových kmenových potenciálů. Screening sluchu z ekonomických důvodů a důvodu nedostatečné legislativy není dělán celoplošně, ale jen asi v polovině nemocnic České republiky. Vyšetření se tedy dělá hlavně rizikovým dětem (Gregora & Velemínský ml., 2011; Pařízek, 2015 b).

1.2 Zdravý životní styl těhotných

Žena během těhotenství prochází již zmíněnými fyzickými a psychickými změnami. Před samotným těhotenstvím a v jeho průběhu by tak tomu měla žena přizpůsobit životní styl, zde uvedu několik základních oblastí, v kterých by žena měla dávat pozor či své návyky změnit (Pařízek, 2015 a).

1.2.1 Výživa těhotných

Výživa těhotné ženy je důležitá nejen pro zdraví matky, ale také pro fyziologický vývoj plodu. V rámci našich socioekonomických podmínek se ženy živené normálním způsobem nemusí bát výraznějších nutričních – výživových problémů během těhotenství. Důraz na změnu jídelníčku je kladen hlavně na ženy, které jsou nedostatečně živené až podvyživené, nebo naopak mají nadváhu či jsou obézní, dále ženy, které své stravování řídí alternativními směry ve výživě, drogově závislé, alkoholičky, kuřačky apod. Další rizikovou skupinou jsou ženy ze sociálně slabých skupin, kde za nepříznivý vývoj plodu může stát špatná finanční situace, a tudíž nedostatečný příjem pestré škály potravin. Speciální skupinou jsou ženy, kterým zdravotní stav nařizuje držet se určitého dietního režimu a nezbyvá jim nic jiného než vyloučené potraviny nahradit jinými zdroji (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Z hlediska vývoje plodu je důležité začít s nutriční přípravou již před těhotenstvím. Nejnižší riziko pro vývoj plodu a matky je v případě, pokud je optimální hmotnost ženy-BMI v rozmezí 18,5 – 25 Kg/m² (Pařízek, 2015 a).

Žena by měla do těhotenství vstupovat s vyváženými zásobami živin a držet si stálou hmotnost alespoň 3 měsíce před plánovým početím do toho patří i vhodně sestavený jídelníček s pestrou stravou. Nedostatek jednotlivých živin může nastat při dodržování redukčních diet a vyloučení některých potravinových skupin, považuje se tedy před plánováním těhotenství a během za nevhodné (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Celkově by v průběhu těhotenství měl být zabezpečen optimální příjem energie. Váhový přírůstek pro nás může být ukazatelem příjmu této optimální energie. Těhotná žena by neměla zapomínat na dostatečný příjem bílkovin a vhodný výběr tuků (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Pozornost by také měla žena věnovat přísunu kyseliny listové, železa, jódu a vitamínu D. A to i v našich normálních podmínkách. Pokud tyto látky chybí, může to mít neblahý vliv na vývoj plodu a zdraví matky (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Protože v našich podmínkách nemáme většinou problém s energeticky dostatečnou výživou, tak je u dobře živěné ženy doporučeno navýšit energetický příjem až od 10. týdne těhotenství. Navýšení neplatí u všech žen stejně, záleží na pohybové aktivitě a dalších rozdílnostech. U žen s lehkou fyzickou zátěží navyšujeme energii jejího obvyklého příjmu o 1/10 (o 0,8 KJ denně). Vyšší příjem energie by měly mít ženy podvyživené, těhotné mladší 18 let, ženy s vícečetným těhotenstvím a ženy s nedostatečným váhovým přírůstkem. Důsledky nedostatečného příjmu energie a absence hlavních živin jsou nesprávné prospívání plodu, novorozenec s nízkou porodní hmotností, zpomalení vývoje plodu. Mohou nastat i spontánní potraty či dokonce předčasný porod (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Zrovna tak jako není žádoucí nedostatek živin, tak ani nadbytečný příjem energie nijak neprospívá. Za ideální stav se považuje již před těhotenstvím žena s ideální hmotností a přibírá 0,5 kg za týden (Pařízek, 2015 a).

V průběhu těhotenství by se měla navýšit spotřeba bílkovin zhruba o 10 g denně. Při nedostatku bílkovin se snižuje porodní hmotnost dětí, protože bílkoviny podporují růst plodu. Proto by si měly na dostatečný příjem dát pozor hlavně ženy, které mají svůj běžný příjem bílkovin hraniční nebo nižší, do této kategorie spadají nejčastěji ženy vegetariánky, ženy podstupující redukční diety či pacientky s fenylketonurií apod. (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Co se týká tuků, měla by těhotná vybírat hlavně esenciální mastné kyseliny, které jsou důležité pro rozvoj mozkové tkáně a mozku plodu. Významná je kyselina arachidonová a další nenasycené mastné kyseliny. Ty můžeme najít v libovém masu, žloutku, tučných rybách, listové zelenině a rostlinných olejích. Mezi nevhodné patří tzv. trans mastné kyseliny, a to z obav před vyvoláním předčasného porodu (Hronek & Barešová, 2012; Pařízek, 2015 a).

Celkově je doporučováno nejen těhotným ženám, že by neměly používat a konzumovat přepálené oleje a už vůbec jejich použití opakovat např. při smažení. Neměl by být snižován příjem cholesterolu, ale zároveň by těhotná žena neměla ve svém jídelníčku navyšovat živočišné tuky, tučná a sladká jídla. Jedná se o tzv. prázdné kalorie, které mají pouze malý obsah vitaminů a minerálních látek na jednotku energie. Což v praxi znamená, že by uzeniny, tukové pečivo, zákusky, sušenky apod. neměly být v jídelníčku obsaženy často. (Oberbeil & Lentzová, 2014; Pařízek 2015 a).

Vitamíny a minerální látky v těhotenství

Během těhotenství tělo ženy a plod potřebují dostatečný přísun vitaminů a minerálních látek, to si žena může dopřát pomocí rostlinné stravy. Důležité je, aby v přísunu ovoce a zeleniny, jejíž doporučená dávka na den je 400 g, byla pestrost a co nejnižší ztráty kulinářskou úpravou. Za vhodné se považuje požívat zeleninu a ovoce v částečně syrovém stavu, samozřejmě dobře umytou. Doporučené je vaření v páře, blanšírování, konzervace, mražení atd. Stěžejní je konzumace kyseliny listové, její nedostatek může mít nepříznivý dopad na vývoj plodu. Kyselina listová hraje důležitou roli pro dělení buněk a proto je nepostradatelná pro celé těhotenství, nejhorší dopad má její absence při začátku těhotenství. Zdrojem kyseliny listové jsou: košťálová zelenina, jižní ovoce a drobné bobulovité ovoce a lesní plody, dále ořechy a semena, droždí, luštěniny, obiloviny, zvláště obohacené kyselinou listovou, jako je tomu u mnoha snídaňových cereálií. Bohatým zdrojem kyseliny listové jsou také vnitřnosti, ty ale nejsou těhotným příliš doporučovány (Oberbeil & Lentzová, 2014; Pařízek, 2015 a).

Často se setkáváme s tím, že během těhotenství ženy nemají dostatečný přísun železa. Železo najdeme v mnoha potravinových zdrojích jako je libové maso, pokrmy z krve zvířat např. jelítka, tlačenky, dále třeba játra a žloutek (Pařízek, 2015 a).

K nedostatku železa se často pojí i nedostatek zinku. To může být vyvoláno nedostatečným přísunem potravin živočišného původu. Se sníženým vstřebáváním zinku se setkáváme např. u veganek a makrobiotiček. Při mírném nedostatku zinku může nastat porucha růstu plodu, kožním problémům a oslabenou imunitou novorozence (Pařízek, 2015 a).

Poškození plodu také hrozí při nízkém přívodu jódu, což díky pravidelné jodizaci v našich současných podmínkách nehrozí (Pařízek, 2015 a).

Hygienické zásady při přípravě potravin pro těhotnou ženu

Je zřejmé, že při manipulaci se syrovým masem musíme dodržovat hygienické zásady, pro těhotné ženy to platí obzvláště. Což znamená: umývat si ruce po práci se syrovým masem, nedotýkat se sliznice úst a očí, umývat kuchyňské povrchy, které přišly do styku se syrovým masem. Ohledně mléčných výrobků, jsou doporučeny pouze pasterizované mléčné výrobky a mléko. Těhotná žena by se měla vyhnout měkkým zrajícím sýrům, zeleninu a ovoce pečlivě omývat. Samozřejmě nekonzumovat jinou než pitnou vodu (Pařízek, 2015 a).

Těhotné by neměly být příliš v kontaktu s kočkami a vyhýbat se hlavně se stelivem či jiným materiálem, který může obsahovat fekálie koček (Pařízek, 2015).

Důvod dodržování těchto výše uvedených hygienických zásad není jen celková ochrana samotné matky a plodu, ale je důležitou prevencí před onemocněními jako jsou listerióza a toxoplazmóza, které představují závažné riziko, jako jsou poškození, eventuálně úmrtí plodu (Pařízek, 2015 a).

1.2.2 Sport v těhotenství

Sport a pohyb je důležitou součástí života všech lidí, nejen těhotných. Může nám pomoci zlepšit nejen fyzickou, ale psychickou kondici. U těhotných žen zároveň napomáhá rychlejšímu a lepšímu porodu. Podle některých studií se zjistilo, že cvičení během těhotenství zkracuje délku porodu a snižuje výskyt komplikací, které by mohly vést k císařskému řezu. Pohyb také hraje pozitivní roli pro zotavování po porodu (Bejdáková 200; Pařízek, 2015 a).

Významné je i vyplavování endorfinů jinak také nazývaných hormony radosti, během cvičení. Změny v organismu během prvních měsíců nijak nebrání pravidelnému sportování. Během II. a III. trimestru už dochází k omezením, protože zvětšení dělohy omezuje pohyblivost trupu a zabraňuje dýchacím pohybům bránice. Mezi nejčastější obtíže, které brání sportovním aktivitám, je bolest v bederní a křížové oblasti zad, jenže právě pohyb na tyto problémy může pomoci. Sportování pomáhá udržet i krevní tlak a dechovou činnost. Je důležité sportovat přiměřeně. Což znamená necvičit a netrénovat do úplného vyčerpání, sportovní výkon by neměl vyvolat dlouhodobé zvyšování nitrobřišního tlaku a neměl by být podmíněn zadržováním dechu, což může mít za důsledek snížení průtoku krve dolní poloviny těla a tím zhoršení krevního zásobení plodu okysličenou krví. Nejen kvůli riziku zánětu močových cest

by žena neměla provlhnout a prochladnout. Není tedy doporučený pobyt ve vysokohorském prostředí nad 2 500 m. n. m. (Pinto & Kamer, 2015; Pařízek, 2015 a).

Těhotná žena by se měla vyvarovat riziku pádů a nárazů, které mohou způsobit zranění břišní dutiny či zhmoždění břišní stěny, např. při lyžování. Při případných zraněních jsou v léčbě zahrnuty léky, jejichž podávání může ohrozit plod (Pinto & Kamer, 2015; Pařízek, 2015 a).

V jakém rozsahu a intenzitě by měla těhotná cvičit je dáno tím, jak se cvičení žena věnovala před těhotenstvím. Ve svém sportování může pokračovat, případně je dobré jej přizpůsobit těhotenskému stavu. Těhotenství není vhodnou dobou na dohánění sportovních aktivit, ale těhotná si může vybrat doporučené a vhodné cvičení (Bejdáková 2006; Pařízek, 2015 a).

Mezi vhodné pohybové aktivity patří chůze a to i v rychlejším tempu. Chůze by měla být nejlépe v přírodě a čistém ovzduší. Ani jízda na kole, pokud je v pomalém tempu, je vhodná, ale za podmínky, že žena nejedí v městském hromadném provozu, kde by musela vdechovat výpary výfukových plynů, také zde může při zpomalenějších reakcí těhotné dojít ke kolizi (Pinto & Kamer, 2015; Pařízek, 2015 a).

Pro nastávající maminky je určeno i plavání a různá cvičení přímo pro těhotné v bazénu, doporučeny jsou návštěvy bazénů pro těhotné, a ne pro veřejnost (Bejdáková 2006; Pařízek, 2015 a).

Skvělou přípravou pro porod je tanec, naučí ženu dobře ovládat své tělo i posílí břišní, zádové svaly a páteř, ty jsou během těhotenství nejvíce zatěžovány. Výhodou tance je praktikování až do konce těhotenství (Bejdáková 2006; Pařízek, 2015 a).

Jóga, pokud je vedena kvalitně a profesionálně, může ženu naučit držení rostoucího břicha, fixaci správného držení těla. Žena také získá dovednost vědomě pracovat se svaly pánevního dna a s dechem. Praktikování jógy přináší prevenci křečových žil, těhotenské zácpy, úpravu hormonální dysbalance (úprava výkyvy nálad). Mimo to přináší navázání kontaktu matky s plodem (Bejdáková 2006; Pařízek, 2015).

V těhotenství se nedoporučuje koupání ve veřejných lázních, rybnících, řekách či moři, a to hlavně v druhé polovině těhotenství. Důvodem je, že voda bývá znečištěná a chladná. Co se týká moře je těhotná žena ohrožena nárazy vln. V případě, že se žena na takových místech koupe ze začátku těhotenství, měla by mít možnost se po koupání umýt pod sprchou a neměla by být sama. V důsledku koupání by neměla prochladnout (Pařízek, 2015 a).

Do rizikových sportů řadíme tenis, bruslení a terénní běh. Aktivita těchto sportů je založena samozřejmě na tom, jak žena daný sport ovládá a v jaké intenzitě ho dělala před těhotenstvím. Každopádně jsou to sporty v těhotenství, obzvlášť v druhé polovině těhotenství, rizikové (Pinto & Kamer, 2015; Pařízek, 2015 a).

Další aktivity, které by v těhotenství žena neměla provozovat, jsou potápění, míčové hry, všechny druhy vrcholového tréninku, silové sporty jako vzpírání a vrhy, dále všechny namáhavé vytrvalostní sporty, jízdu na koni, squash, jízdu na kanoi, windsurfing atd.

Sportování je přínosné jak tedy pro fyzickou, tak i psychickou stránku těhotné, ale žena musí vždy promyslet své možnosti a schopnosti (Pinto & Kamer, 2015; Pařízek, 2015 a).

1.2.3 Spánek v těhotenství

Když žena dobře spí, je to známkou dobré fyzické a psychické adaptace na těhotenství. Doporučený čas spánku těhotné je alespoň 8 hodin denně a klidně i 1 hodinu v průběhu dne. Problémy se spánkem se mohou vyskytnout v posledních měsících těhotenství, protože je vyvolává nepohodlí zvětšeného břicha a pohyby plodu. Žena se může častěji budit. Pokud je těhotenství bez potíží a má fyziologicky správný průběh, nejsou problémy se spánkem příliš časté (Pařízek, 2015 a; Hanáková 2010).

1.2.4 Léky v těhotenství

Užívání léků během těhotenství je odlišnou situací, musí se zohlednit nejen přínos pro ženu, ale také přínos nebo riziko pro plod. V rámci těhotných žen je skupina, které léky naprosto odmítají, i pravý opak, ženy, které pokračují v braní léků jako před těhotenstvím. V obou případech to je pro plod nebezpečné. Riziko plyne z možného poškození plodu buď odmítavým postojem k léku, nebo lékem nesprávným. Další roli hraje malá orientace v problematice a málo informací (Pokorná, Suchdolová, Pruša 2008; Pařízek, 2015 a).

V některých státech se této problematice věnují mnohem více. Orientují pomocí stupnic, které hodnotí bezpečnost léčiv z hlediska jejich teratogenity. To znamená, jak moc a jestli vůbec dané léčivo ovlivňuje poškození a defekty zárodku. Mezi nejčastěji používané patří systém agentury FDA (Food and Drug Administration) v USA, který je velice propracovaný. Slouží k usnadnění orientace mezi léčivy v rámci farmakoterapie v době těhotenství. Léčiva jsou dělena do několika kategorií dle jejich bezpečnosti (Pokorná, Suchdolová, Pruša 2008; Pařízek, 2015).

1.2.5 Očkování v těhotenství

Žena během těhotenství neprochází očkováním a pokud ano, jedná se jen o případy naprosté nutnosti, hlavně v prvních čtyřech měsících. Výjimkou je očkování proti tetanu a vzteklině. Lékař by měl důkladně zvážit, zda je očkování pro těhotnou ochranou, nebo větším rizikem než samotná infekce (Hanáková a kol., 2010; Pařízek, 2015 a).

1.2.6 Slunění a opalování v těhotenství

K zlepšení nálady a uvolnění organismu slunečné a teplé počasí pomáhá. Pro těhotnou ženu však přehřátí, dlouhodobé a nadměrné opalování nejsou vhodné. Zvýšená teplota těla může být příčinou nepříznivého vývoje plodu, to hlavně během I. trimestru. V pozdějších stádiích těhotenství má přehřívání organismu za důsledek rychlejší rozvoj otoků, zejména u končetin. Z důvodu vyšší citlivosti kůže snadněji nastanou popáleniny, také může dojít k většímu výskytu plošných pigmentových skvrn výraznějšího a trvalejšího charakteru (Hanáková a kol., 2010; Pařízek, 2015).

1.2.7 Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou

Oblékání těhotných by mělo být podřízeno pohodlností. Mělo by respektovat neustále se zvětšující objem břicha, proto by měl být oděv volný, prodyšný. Nevhodné je těsné oblečení nebo oblečení s gumičkami. Obuv by měla být nízká s širokým podpatkem (Hanáková a kol., 2010; Pařízek, 2015 a).

Jak jsem již zmínila, pro vývoj dítěte je zdravý životní styl matky velice důležitý nejen první tři měsíce těhotenství, ale po celou jeho dobu a samozřejmě i po narození. Plod je velice citlivý vůči všem vnějším vlivům, a proto by se těhotná žena měla vyvarovat kouření, pití alkoholu a dalších drog. Ne všechny matky, hlavně ty budoucí, jsou o rizicích návykových látek dobře informovány, proto bych se v další kapitole ráda věnovala rizikům návykových látek zejména alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu (Pařízek, 2015).

2 Návykové látky v těhotenství

Abychom lépe porozuměli rizikům užívání návykových látek, zvláště těch vybraných, podíváme se na návykové látky celkově, nahlédneme do jejich historie, rozdělení a fungování.

2.1 Úvod do drogových závislostí

Závislost na návykových látkách patří mezi chronická onemocnění CNS. Pokrok v poznání neurobiologických mechanismů závislosti může významně přispět k prevenci i léčbě toxikomanií. Stav závislosti bývá u postiženého provázen celou řadou komplikací, které do určité míry určují nebezpečnost dané závislosti i její interakční možnosti (Binder & Vavřínková, 2006).

Drogová závislost je nejužívanější označení pro stav uváděný také jako toxikomanie, abúzus apod. Drogou jsou zde míněny návykové látky, které jsou schopny navodit velmi těžce zvladatelnou potřebu opakovaného nutkavého užívání těchto látek (Binder & Vavřínková, 2006; Nešpor 2007).

Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopnosti omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy (abstinence). Podle světové zdravotnické organizace lze drogovou závislost definovat jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, dále také proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu (Binder & Vavřínková, 2006; Nešpor 2007).

Závislost na návykových látkách je chronické relabující onemocnění, mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) definuje stavy spojené s užíváním návykových látek, například akutní otravu, škodlivé užívání a syndrom závislosti. Škodlivé užívání (abuse) je definováno jako prokazatelné poškození tělesného nebo mentálního zdraví v přímé souvislosti s užíváním návykových látek. Závislost má svá kritéria dle MKN 10. Základním kritériem je neodolatelné bažení po návykové látce a tendence drogu brát (craving). Další kritéria jsou pak selhání ovládnutí ve vztahu k návykové látce, navození tolerance a navyšování dávek, které postačí

k navození kýženého efektu, a pokračování ve zneužívání navzdory nesporným nežádoucím účinkům (Binder & Vavřínková, 2006; Nešpor 2007).

2.2 Historie drogových závislostí

Pokud se podíváme trochu do historie drogových závislostí, najdeme doložené záznamy již z dob starodávné Mezopotámie, kde byly doložitelně známy vlastností makové šťávy. Přibližně před 5000 lety znali již účinky listů koky (*Erythroxylon cocca*-obsahující kokain). Mezi dalšími doloženými kulturními rostlinami je i konopí. Mezi nejstarší a nejvíce užívané drogy patří i alkohol (ethylalkohol), což dokládají i stopy nalezených kvašených nápojů z obilovin (Vavřínková & Binder, 2006).

Dříve využívali lidé drogy jako léčivé rostliny, jejich dalších vlastností využívali až později. Velkou roli v tomto sehrály objevy 19.století a rozvoj farmaceutického průmyslu. Celá řada látek (morfin, kofein, nikotin, kokain aj.) se začala vyrábět komerčně. Převratný moment v dějinách drog přinesl i vynález injekční jehly. S rozvojem drogových závislostí šel ruku v ruce nárůst dopadů společenských, zdravotních i sociálních. Tím postupně začaly vznikat protidrogové zákony. Od počátku 20. století vede společenské hodnocení k postupnému rozdělení drog na legální (alkohol) a nelegální (kokain, heroin, konopí atd.), (Vavřínková & Binder, 2006). Na další možné rozdělení se podíváme v další podkapitole.

2.3 Rozdělení drog

Drogy můžeme dělit z různých hledisek, a to podle postoje společnosti k droze - již zmíněné legální a nelegální, podle rizika pro uživatele - starší literatura uvádí dělení na měkké a tvrdé drogy, riziko závislosti - drogy s mírným rizikem, drogy s vysokým rizikem a podle působení na psychiku zdravého člověka – tlumivé látky, povzbuzující látky a halucinogenní látky (www.substitutni-lecba.cz).

Legální drogy

V rámci určitých podmínek jsou volně k sehnání (věk, lékařský předpis). Společnost jejich užívání za daných podmínek toleruje. Je důležité si uvědomit, že i přes jejich legálnost, je jejich užívání pro člověka vysoce škodlivé.

Patří sem: alkohol, nikotin, léky (kupříkladu benzodiazepiny a jiná hypnotika, morfin), kofein, ale i organická rozpouštědla (www.substitucni-lecba.cz).

Nelegální drogy

Jsou jasně dány zákonem a v případě, že je někdo vyrábí nebo je má v držení, může dostat finanční trest nebo až trest odnětí svobody. Patří sem: heroin, kokain, konopné drogy, extáze, pervitin (www.substitucni-lecba.cz).

Dle rizika závislosti

Dle rizika závislosti rozdělujeme drogy na ty, které mají mírné riziko závislosti jako kofein, marihuana a extáze. Drog s vysokým rizikem závislosti jsou vysoce návykové a řadíme do nich např. heroin, pervitin a organická rozpouštědla (toulén). Do drog s relativně nízkým rizikem závislosti by patřil např. kofein, marihuana, extáze (www.substitucni-lecba.cz).

Dle působení na psychiku zdravého člověka

Na psychiku člověka mohou látky působit různými způsoby, my je obvykle dělíme do těchto kategorií.

Tlumivé látky

Navozují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, pasivitu, ospalost, až spánek. Poměrně rychle na ně vzniká těžká fyzická závislost. Když není droga podána, může nastat abstinenční syndrom. Příklad: heroin, morfin; alkohol, léky – anxiolytika, hypnotika (www.substitucni-lecba.cz).

Povzbuzující látky

Stimulační látky mají povzbuzující vliv na centrální nervovou soustavu. Po užití mizí únava, potřeba jíst a spát, zvyšuje se výkon i aktivita, přichází pocit fyzické i duševní síly až euforie. Na stimulační drogy vzniká výrazná psychická závislost. Příklad: kokain, pervitin, kofein, nikotin (www.substitucni-lecba.cz).

Halucinogenní látky

Výrazně mění, to, co se děje ve vědomí, psychice, přetváří i intenzitu a hloubku prožívání, způsobují sluchové a zrakové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání prostoru a barev. Nebezpečím je nepředvídatelnost jejich působení. Často ovlivní rozvoj dalšího užívání např. „tvrdších“ drog. Příklad: LSD, lysohlávký, konopné drogy (www.substitucni-lecba.cz).

2.4 Vlastnosti vybraných látek – alkohol, tabák, marihuana a kofein

Podrobněji se budu dále věnovat alkoholu, tabáku – nikotinu, konopným látkám a kofeinu. Až na konopné látky patří všechny ostatní zmíněné do kategorie legálních látek a jsou tak velice dostupné a užívané. To je také důvodem, proč jsem si je pro diplomovou práci vybrala.

2.4.1 Alkohol

Charakteristika alkoholu

Alkohol se chemicky nazývá etylalkohol. Během kvašení cukrů vzniká samotný etanol. Tato látka je, jak jsem již zmínila, známa od starověku a stejně i její nadměrné užívání. Pomocí několika neurotransmiterových systémů je vytvořen psychotropní účinek. Jedná se o legální drogu podmíněnou věkem jedince. Alkohol je látka dost toxická, včetně neurotoxicity (Kalina a kol., 2005).

Rozšíření alkoholu

Alkoholické tekutiny a produkty jsou rozšířené na celém světě. Roční spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na obyvatele. Velká míra je hlavně v konzumaci piva (Kalina a kol., 2005).

Způsob aplikace alkoholu

Nejobvyklejším způsobem aplikace je per os, tedy ústy, jiné způsoby jsou sice možné, ale nepříliš využívané. Alkohol snadno prochází biologickým membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Stanovení hladiny se provádí v laboratoři z moče nebo pro orientaci dechovou zkouškou či papírovým testem, (Kalina a kol., 2005).

Účinky alkoholu

Účinek alkoholu je různý podle dávky, prostředí, genetických dispozic a jiných faktorů. Menší dávky mají stimulační vliv se zlepšením nálady, většího pocitu sebevědomí a energie. Člověk lehce ztrácí zábrany. Ve vyšších dávkách je vliv tlumivý a postupně přichází únava a spánek (Kalina a kol., 2005).

Intoxikace má čtyři stadia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. Lehká opilost – excitační stadium
2. Opilost středního stupně – hypnotické stadium
3. Těžká opilost – narkotické stadium
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (Kalina a kol., 2005).

Krátkodobé nežádoucí účinky:

Nežádoucí účinky závisí na dávce. Typická je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení. Může dojít k poruchám chování, kdy agresivita a snížená sebekritičnost mohou vést k nebezpečnému chování s následnými úrazy. Při těžších intoxikacích může nastat kvantitativní porucha vědomí až smrt (Kalina a kol., 2005).

Dlouhodobé účinky:

V rámci dlouhodobých účinků dochází k několika různým poškozením, a to v oblasti gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmů, gastritidy. Při poškození jater může dojít k jaterní cirhóze a k jícnovým varixům. Což může vyústit k rozvoji nádorového bujení – karcinomu jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rekta. Dále může dojít k poškození slinivky a ke vzniku diabetu. Významné jsou obtíže spojené s malnutricí při chronické závislosti alkoholu, avitaminózy (vit. B₁, B₁₂, kyselina listová). V oblasti oběhového systému může docházet k arteriální hypertenzi, kardiomyopatii, častými jsou poruchy krevetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace. V rámci nervové soustavy a psychiky dochází k poruchám spánku, úzkostně-depresivním stavům. Psychotická porucha je způsobená poškozením mozku, tento stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidních bludů, mohou být přítomny i změny afektivity a kognitivních funkcí. Další poškození nervového systému je spojeno s neurotoxickým účinkem alkoholu – polyneuropatie, organické poškození mozku. Korsakovův amnestický syndrom je těžké narušení krátkodobé paměti, pacient nedostatky vyplňuje konfabulacemi, stav může vyústit až v demenci. U endokrinního systému dochází k narušení sekrece glukokortikoidů a testosteronu, u mužů vede k impotenci (Kalina a kol., 2005).

U těhotných může dojít k vážnému poškození plodu-fetálnímu alkoholovému syndromu (FAS). Tím se budu zabývat dále samostatně (Kalina a kol., 2005).

Odvykací stav alkoholu

Odvykací stav nastává během několika hodin až dní nebo během redukce dávek po intenzivním a dlouhodobém užívání alkoholu. Do příznaků patří psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardie, hypertenze, slabost, poruchy spánku.

Delirium tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu, kdy dochází k poruchám vědomí, dezorientaci, halucinacím, bludům s paranoidním obsahem, tachykardií, pocení, hrubému třesu a záchvatu křečí. Když odezní stěžejní část odvykacího stavu, dlouhodoběji přetrvávají poruchy spánku, vegetativní obtíže, úzkostně-depresivní stavy. Odeznívají postupně během měsíců.

Rizika spojená s užíváním alkoholu

Alkohol rozvíjí tělesnou a psychickou závislost. Ta se rozvíjí po dlouhodobém užívání, při kterém jsou již tělesné i psychické poškození patrná, ale je možné ještě závislost poměrně "bezbolestně" zastavit. Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení do čtyř vývojových stádií: 1. počáteční (symptomatické), 2. varovné (prodromální), 3. rozhodné (krucióální) a 4. konečné (terminální).

Pro rozdělení typů závislostí je dosud platná klasická Jellinekova typologie z roku 1940, která rozlišuje: 1. Typ alfa: „problémové pití“, abúzus alkoholu používaný k potlačení tenze, úzkosti či depresivních pocitů, často pití o samotě. 2. Typ beta: příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný častým pitím ve společnosti. 3. Typ gama: závislost na alkoholu charakterizována poruchami pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu s typickou progresí konzumace. 4. Typ delta: typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. 5. Typ epsilon: epizodický abúzus („kvartální pijáctví“) s obdobími delší, občas úplné abstinence (Kalina a kol., 2005).

Léčebná intervence u závislosti na alkoholu

Detoxifikace je léčba která, léčí příznaky metabolických poruch. Specifická farmakoterapie spočívá v aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. Pokud se jedná o specifickou farmakoterapii, jsou nasazovány například: benzodiazepiny, klomethiazol. Při malnutrici je důležité podávat multivitaminové preparáty a kyselinu listovou (Kalina a kol., 2005).

Během abstinence pomáhá podávání disulfiramu (Antabasu). Při úzkostně depresivních stavech mohou ovlivnit bažení vhodná antidepresiva, která pomáhají při úzkostně depresivních stavech. Celkově pomáhají zvládat dlouhodobou abstinenci různé typy psychoterapie, známé jsou např.

svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků, kognitivně – behaviorální postupy (Kalina a kol., 2005).

2.4.2 Konopné látky

Charakteristika konopných látek

Konopné látky jsou přírodní látky získané z jednoleté dvoudomé rostliny, jejíž domovinou jsou Himaláje, rozšířena je po Indii, ale roste i v mírném pásu. Účinek je halucinogenní, nejvyžívanější pro svůj psychotropní efekt je konopí seté (*Cannabis sativa*), konopí indické (*Cannabis indica*) a konopí rumištní (*Cannabis indica*), to nalezneme volně i v teplejších oblastech ČR. Konopí je i průmyslová rostlina – konopí technické, která psychotropních látek obsahuje minimum. Co se týká nejvyššího obsahu psychotropních látek, jsou nejvýznamnější samičí rostliny, a to hlavně v samičích květech (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Látkami, které způsobuje psychotropní efekt, jsou kanabinoidy, nejaktivnější látkou je delta-9-ttrans- tetrahydrocannabinol (THC). Mezi dalšími látkami s uklidňujícím efektem patří kanbidol (CBD). Účinek je dán vazbou na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy, které způsobují euforii a uvolnění. Priskyřice obsahuje mnoho dalších látek, ale ty jsou už jen málo psychotropní (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Rozšíření konopných látek

Konopí je z hlediska produkce a obchodování nejrozšířenější nelegální drogou. Ve většině zemí EU konopí patří mezi nelegální drogy a podle produkce a obchodování je nejrozšířenější drogou (mezi nelegálními). V rámci EU je nejčastěji užívanou látkou, a to zejména ve věkové skupině 15–24 let (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Způsoby aplikace konopných látek

Nejčastější způsob aplikace je kouření, méně často per os (při požití) či vaporizací (vypařováním). Při kouření může jedinec cítit účinek ihned, vrchol během 20 minut a odeznívá do 3 hodin. Při požití per os je nástup účinku pomalý, nepravidelný, první příznaky se dostavují do 30 minut a vrchol 1-5 hodinách, je proto větší pravděpodobnost předávkování. Biologický poločas je 30 hodin, zjistit látku v moči jde od 1 do 30 dní v závislosti na tom, jak často a jaké dávky jsou užívány (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Účinky konopných látek

Hlavními očekávanými efekty jsou zklidnění, euforie, veselost a zostření smyslového vnímání. Záleží i na individuálním nastavení a vnímání dávky (Kalina a kol., 2005).

Průběh intoxikace má obvykle několik fází:

1. Počáteční příznaky jsou sevřenost a úzkost (spíše u méně zkušených uživatelů).
2. Účinkem, který jedinec očekává, jsou pocity zklidnění, euforie a blaženosti. Často dochází k bezdůvodnému, neutišitelnému smíchu a zostření smyslových vjemů.
3. Při odeznění psychotropním efektu se dostavuje často zmatenost, únava a otupělost (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Nežádoucí účinky: sucho v ústech, hlad, změna vnímání času, poruchy krátkodobé paměti, stavy zmatenosti, nepříjemné obsedantní myšlenky, zhoršení jemné motoriky.

Při intoxikaci, která má úzkostný ráz, může dojít k panické atace, někdy až ke kanabisové psychóze. Při dlouhodobém užívání může dojít hlavně ke zpomalení jedince či poruše krátkodobé paměti (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Odvykací stav u konopných látek

Odvykací stav nebývá zcela vážný a specifický. Nejčastěji zahrnuje poruchy pozornosti, psychomotorický neklid, poruchy spánku a další symptomy (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Rizika spojená s užíváním konopných látek

Psychická závislost vzniká velmi zřídka, tělesná závislost nevzniká. Atypický je průběh intoxikace s úzkostným či psychotickým stavem, který může přetrvávat i po odeznění účinků. Může dojít k provokaci latentní duševní poruchy s výše zmíněnou kanabisovou psychózou. Přetrvávající poruchy paměti a koncentrace. Syntetické kanabinoidy a jejich rizika nejsou dostatečně prozkoumány, a proto jsou považovány za nebezpečné. Podobně jako u halucinogenů se objevují flashbacky (Miovský 2008; Kalina a kol., 2005).

Léčebné intervence u závislosti na konopných látkách

Při léčebné intervenci není specifická medikace. Náhlé obtíže se léčí podle projevených příznaků. Pro delší psychotické potíže jsou určena antipsychotika.

Pro depresivně – úzkostnou kanabisovou psychózu pozitivně ovlivňují antidepressiva (SSRI). Při poruchách paměti a koncentrace jsou vhodná nootropika (Mioviský 2008; Kalina a kol., 2005).

Zástupci konopných látek

Do zástupců konopných látek a z nich používaných produktů řadíme marihuanu – jedná se o směs listů, větviček, semen, květů a palic a má specifickou vůni. Dalším produktem je hašiš, který vzniká slisovanou rostlinou hmotou a má vysoký obsah účinných látek. Dále můžeme zmínit hašišový olej, který u nás není tak snadno dostupný, vzniká destilací marihuanových listů (Mioviský 2008; Kalina a kol., 2005).

2.4.3 Tabák

Charakteristika tabáku

Tabák patří k pradávně užívaným látkám na americkém kontinentu, jeho užívání bylo zejména rituální, v Evropě se s ním setkáváme až v roce 1492. Tabák je jednoletá bylina, která má název tabák viržinský (*Nicotiana tabacum*). Hlavní složkou tabáku, která nese psychotropní efekt, je alkaloid nikotin. Ten je prudce jedovatý, smrtelná dávka pro člověka je zhruba 50 mg. V centrální nervové soustavě jsou specifické nikotinové receptory, na které se právě nikotin váže (Kalina a kol., 2005).

Rozšíření tabáku

Tabák je v podstatě rozšířený na celé planetě, zároveň v důsledku nemocí jím způsobených a následné smrti patří k drogám s nejvyšší mírou rizika. Celosvětově nyní umírají 4 miliony lidí a v ČR 23 000 osob každý rok v důsledku nemocí způsobených tabákem (Kalina a kol., 2005).

Způsoby aplikace tabáku

Do tradičních způsobů aplikace řadíme požívání a pití odvarů, které mohou poměrně lehko vést k smrtelnému předávkování. Nejobvyklejší je ale kouření, méně časté žvýkání či tzv. šňupání (intranazální způsob aplikace). Kouř se může vstřebávat dvěma cestami, a to z dutiny ústní (zásaditý kouř – doutníky, dýmka), nebo z plic (kyselý kouř – cigarety). Rychlejší vstřebávání je pomocí cigarety, resp. z plic. Samotný způsob rituálu kouření cigarety může mít na závislost jedince větší vliv než nikotin (Kalina a kol., 2005).

Účinky tabáku

Po užití nikotinu se zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť, potlačuje podrážděnost a agresivitu. Dalším účinkem je snižování chuti k jídlu, což brání přírůstku váhy.

V rámci nežádoucích účinků jde o zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva. Překrvení oblasti břišních orgánů, dilatace cév, pokles prokrvení periférií. Nepříznivý je vliv na prokrvení srdečního svalu. Při kouření dochází k podráždění dýchacích cest. Z dlouhodobého hlediska se může jednat o chronický zánět dýchacích cest, poruchy trávicího traktu (nechutenství, průjemy), poruchy potence u mužů, také poruchy soustředění, spánku, neklid (Kalina a kol., 2005).

Odvykací stav u tabáku

Jeden den po poslední dávce nikotinu začíná odvykací stav, který zahrnuje příznaky jako podrážděnost, poruchy soustředění, úzkost a neklid. Dlouhodobějšími symptomy mohou být poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu. Celkově stav doprovází touha po kouření. Tyto příznaky mohou přetrvávat týdny až měsíce od poslední dávky (Kalina a kol., 2005).

Rizika spojená s užíváním tabáku

Užívání tabáku rozvíjí tělesnou i psychickou závislost. Dostavuje se postižení koronárních tepen, nádory plic a mnoho dalších somatických onemocnění, to vše celkově vede k úmrtí jedince, který tabák užívá. Smrtelné předávkování není častým jevem (Kalina a kol., 2005).

Léčebné intervence u závislosti na tabáku

Při odvykání kouření hraje důležitou roli osvěta, poradenství a psychoterapeutická podpora. Během odvykání můžeme zasáhnout i farmakologicky, a to přechodnou náhradou nikotinem (žvýkačky, náplasti). Někdy může být u odvykání předepsáno antidepresivum (Kalina a kol., 2005).

2.4.4 Kofein

Charakteristika kofeinu

Název této látky pochází od z rostliny (*Coffea arabica*, česky kávovník arabaský). Kofein můžeme získat z různých zdrojů jako jsou kávové boby, listy čajovníku, ořechu coly, bobule Guarany či Yauppon holly (keř podobný brusince rostoucí na severovýchodě Severní Ameriky). Nalezneme ho tedy nejméně v 63 rostlinách pod rozličnými názvy (*matein*,

guaranin, tein). Jedná se o alkaloid, který má povzbudivý účinek na centrální nervovou soustavu a srdeční činnost (Dreslerová, 2018).

Rozšíření kofeinu

Ve světě je velice rozšířený a při užívání ve větším množství na něm vzniká závislost. V různé míře se s touto látkou setkáváme v různých nápojích jako jsou káva, čaj, limonády a energetické nápoje, které se těší velké oblibě. Na rozdíl od jiných drog je tato snadno dostupná a často se neřídí žádným omezením (Dreslerová, 2018).

Způsoby aplikace kofeinu

Kofein se do lidského těla dostává požitím – pitím čaje, kávy, Coly atd., či ve formě léků proti únavě nebo intravenózně. Jeho střebávání probíhá v žaludku a tenkém střevě. Vstřebává se od několika minut po požití, záleží na dalších alkaloidech, které na vstřebávání kofeinu mají vliv. Z těla se dostává po pěti až šesti hodinách požití (Dreslerová, 2018).

Účinky kofeinu

Kofein je, jak jsem již zmínila stimulant. Pod jeho vlivem dochází k oddálení únavy a zlepšení vnímání a koncentrace. Zároveň zrychluje tep, uvolňuje hladké svalstvo a rozšiřuje tepny. Ačkoli tzv. na dluh, tak dochází v rámci zrychlení metabolismu k odbourávání tuků. Požití ve velkém množství může přivodit tlumivý efekt, vést k pocitu podráždění, neklidu, křečím a nespavosti (Dreslerová, 2018).

Odvykací stav u kofeinu

Ačkoliv kofein nepatří mezi látky, které by vyvolávaly těžkou závislost, může při jeho nadměrném užívání k závislosti dojít. Smrtelná dávka je okolo 10 g, což je zhruba 100 šálků kávy. Takže užívání je poměrně bezpečné. Ovšem při dlouhodobém užívání či užívání vyšších dávek a následném vysazení může dojít k abstinenčním příznakům v podobě podrážděnosti, únavy. To během pár dní odezní. Za relativně bezpečnou dávku se považuje asi 300 mg kofeinu (3 šálky kávy), (Dreslerová, 2018).

Rizika spojená s užíváním kofeinu

V rámci rizik se můžeme setkat se zrychlením srdeční činnosti či bolesti žaludku (z důvodu překyselení). Kvůli tomu, že kofein zvyšuje srdeční aktivitu může v krajním případě přivodit infarkt nebo problémy s ledvinami. U některých jedinců může dojít k srdeční arytmii (Dreslerová, 2018).

Vzhledem k tomu, že se kofein podílí na metabolismu vápníku, může z části podílet na zvýšení rizika osteoporózy. U žen byla zjištěna souvislost kofeinu s vyšším rizikem vznikem cystické mastitidy či mastodynie (Dreslerová, 2018).

2.5 Rizika užívání vybraných návykových látek v těhotenství

Závislost na drogách je sama o sobě závažným zdravotním problémem, zvláště pak v průběhu těhotenství. Užívání drog v průběhu těhotenství má za důsledek komplikace různého druhu, krom problematičtějšího těhotenství mají hlavně negativní na plod. Příčinami vzniku závislosti a práce s ní se podílejí tři složky droga, člověk a prostředí, které navzájem ovlivňují (Binder & Vavřínková, 2006).

Ve své práci se zabývám vybranými látkami alkohol, tabák, marihuana a kofein, je ale i důležité zmínit celkový pohled na drogovou situaci mezi těhotnými. Konkrétní rizika a následky budu zmiňovat, ale pouze u látek vybraných. Nejzávažnější skupinou uživatelky v rámci perinatologického hlediska jsou uživatelky pervitinu a heroinu. U těch se setkáváme i s tzv. polydrogovou závislostí, což znamená, že těhotná není závislá pouze na jedné látce, jedná se často o silné kuřačky s občasným užíváním či závislostí na alkoholu, někdy se u nich prokazují i kanabinoidy a benodiazepiny. I právě z důvodu, že kombinování drog zvyšuje rizika na plod, považuji za důležité tuto skupinu uživatelky trochu zmínit, a to pak více v podkapitole péče o drogově závislé matky (Binder & Vavřínková, 2006).

2.5.1 Abstinenční syndrom novorozence

Nejprve vysvětlím pojem abstinenční syndrom u novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS), který budu u jednotlivých látek často zmiňovat. A s kterým se v podstatě setkáváme u každého popisu jednotlivých látek a jejich konkrétní vliv na plod a novorozence (Binder & Vavřínková, 2006).

Pokud se zaměříme na plod jako takový, vycházíme z toho, že má omezené možnosti metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny. Tudíž osud jak drogy či léčiva je výrazně odlišný, než je tomu i matky. To znamená, že u novorozence můžeme klinicky prokázat významnou hladinu drogy v séru ještě několik hodin až dnů po porodu, k úplnému očištění

organismu dochází až dlouho po propuštění z porodnice. Příznaky mohou trvat 3-4 měsíce po porodu (Binder & Vavřínková, 2006).

Abstinenční syndrom novorozence se může projevovat křečemi, zrychleným dýcháním (tachypnoe), apnoickými pauzami, při nichž dochází k opakovanému nekontrolovatelnému zdržení dechu a s problematickým příjmem potravy. Abychom mohli abstinenci syndrom diagnostikovat, musíme zjistit specifické známky chování a funkci vegetativního nervového systému, které mohou projevovat jako poruchy gastrointestinálního traktu (GIT), respiračního traktu (RT) nebo centrálního nervového systému (CNS). Abstinenční syndrom způsobují zejména drogy tlumivého účinku a jsou známe vyvoláváním těžké fyzické závislosti (Binder & Vavřínková, 2006).

Mezi drogy vyvolávající abstinenci syndrom patří: kodein, heroin/metadon, ostatní narkotika (morfin, fentanyl, meperidin), pentazocin, propoxyfen z neopiátových drog pak barbituráty, diazepam, kokain, etanol, nikotin, marihuana, kofein, posledním čtyřem se budu věnovat podrobněji (Binder & Vavřínková, 2006).

NAS a vliv na centrální nervovou soustavu

V postižení centrálního nervového systému nalezneme pestrou škálou příznaků. Stěžejním znakem je výrazná dráždivost novorozence, ta se může vystupňovat až do generalizovaných křečí. Dalšími znaky jsou zvýšený tonus svalstva, zívání, kýchání, neklid, třes, nekoordinované pohyby úst a očí, vysoký centrální křik. Období spánku jsou jen velmi krátká, což není pro novorozenecké období fyziologické (Binder & Vavřínková, 2006).

NAS a vliv na gastrointestinální trakt

V rámci gastrointestinálního traktu se setkáváme s poruchami koordinace sání a polykání, zvracením a průjmy. Zvracení a zejména průjmy mohou ohrozit život novorozence, protože dochází k poruchám metabolismu vody a elektrolytů (Binder & Vavřínková, 2006).

NAS a respirační trakt

U dýchacího ústrojí se jedná o sekreci z nosu, ucpaný nos, zrychlené dýchání, dušnost, intermitentní cyanózu (tmavomodré zbarvení sliznic a kůže způsobené zvýšenou koncentrací redukovaného hemoglobinu nebo methemoglobinu v krvi), aspirační pneumonie (zánět způsobený vdechnutím po alkoholickém opojení), (Binder & Vavřínková, 2006).

NAS a vegetativní nervový systém

Vegetativní nervový systém má projevy vysoké teploty, tachykardie (zvýšená tepovou frekvencí), výrazné pocení a poruchy prokrvení kůže (Binder & Vavřínková, 2006).

NAS a skórovací systém

Finneganová vytvořila v polovině 70.let hodnotící systém abstinčního novorozeneckého syndromu u dětí vystavených během těhotenství heroínu nebo metadonu. Tento skórovací systém se úspěšně používá k objektivizaci abnormálního chování novorozence. Hodnotí příznaky ze strany CNS, gastrointestinálního traktu, respirační a vazomotorické. Zaznamenává 21 příznaků NAS a hodnotí je bodově od 1 do 5 bodů. Některé příznaky hodnotí podle intenzity nebo délky trvání příznaku. Jsou vytvořeny i jiné hodnotící systémy, např. Brazeltonova stupnice. Nejčastěji se používá právě skórovací systém podle Finneganové a to pro svou jednoduchost a rychlost (Binder & Vavřínková, 2006).

Terapie při NAS

Při terapii NAS se volí podpůrná opatření a případně farmakologická léčba. V rámci podpůrných opatření by měl být novorozence zvýšeně sledován, je také potřeba pro něj vytvořit ideální prostředí, co znamená aby byl prostor termoneutrální, zabránit nadměrnému hluku a osvětlení, minimálně s dítětem manipulovat. Důležité je odsávání z nosu, poloha na břicho nebo pravém boku jako prevence aspirace, krmení podle klinického stavu (Binder & Vavřínková, 2006).

2.5.2 Vliv vybraných látek na těhotenství a plod

Alkohol

Riziko požívání alkoholu je zejména dáno společenskou tolerancí k této droze. O negativních účincích alkoholu na plod psal již Aristoteles. Při užívání alkoholu během těhotenství, alkohol volně prochází placentární bariérou a působí na plod toxicky, a to zejména na játra (Binder & Vavřínková, 2006).

Účinky alkoholu na plod

Ethanol, jak již bylo řečeno, volně přechází placentární bariérou. Ethanol je metabolizován na acetaldehyd pomocí nikotinamid adenin dinukleotid dependent alkohol dehydrogenázy. Jak ethanol, tak acetaldehyd působí toxicky na plod. Sérové hladiny alkoholu v organismu matky a u plodu jsou stejné. Vzhledem k tomu, že koncentrace alkoholu v plodové vodě narůstá pomaleji, je tam přítomna ještě v době, kdy už v krevním oběhu plodu alkohol detekovaný není. Tím je plod alkoholu vystavován po delší dobu. Což dále souvisí i s odbouráváním alkohol dehydrogenázy a odbouráváním alkoholu matčinými játry. Plod je v podstatě na tomto odbourávání závislý (Binder & Vavřínková, 2006).

V roce 1973 Jones poprvé popsal soubor anomálií u dětí, které se narodily ženám závislým na alkoholu. Tento specifický soubor anomálií byl nazván fetálním alkoholovým syndromem (FAS). Tento specifický soubor malformit je charakterizován: prenatalním a postnatálním růstovým deficitem, abnormalitami CNS, kraniofaciálními abnormalitami (Binder & Vavřínková, 2006).

Mechanismus, kterým působí alkohol na vyvíjející se plod je komplexní, ale není zcela objasněn. Popsány jsou fetální hypoglykémie, hypoinzulinémie, pokles hladin fetálního růstu. Rovněž alkoholem způsobené abnormality poměru prostacyklinu a tromboxanu a jejich močových metabolitů rezultující ve vazokonstrikci působí negativně na plod. Plod je vystaven chronické hypoxii, jejímž důkazem je vyšší hladina erythropoetinu v pupečnickové krvi (Binder & Vavřínková, 2006).

Klinické nálezy u fetálního alkoholového syndromu, do obecně častých nálezů patří: prenatalní anebo postnatální růstová retardace, mentální retardace, obličejová dysmorfogeneze (zúžení oční štěrby, stlačený kořen nosu s krátkými nosními křídly, široce posazené očnice), defekty srdečních sept, drobné kloubní abnormality. Obecně méně časté nálezy jsou: okulární abnormality, abnormality sítnice, sluchové a vestibulární sítnice, abnormality močového traktu, jaterní anomálie, poruchy srdečního rytmu, poruchy imunitního systému, abnormality skeletu, kožní abnormality, dysplazie nehtů (Binder & Vavřínková, 2006).

Určit množství konzumovaného alkoholu, které vede k rozvoji FAS, je obtížné. Uvádí se že požití ≤ 100 g alkoholu týdně (tj. 2 sklenice piva nebo 2 sklenky vína denně) nemá na plod žádné nežádoucí účinky (Jacobson, 2002 in Vavřínková a Binder 2006). Vyšší dávky vedou k intrauterinní růstové retardaci a excesivní dávky vedou k rozvoji FAS. Na druhou stranu nelze

určit bezpečnou dávku a u některých žen nelze vyloučit škodlivost i malých dávek alkoholu (Binder & Vavřínková, 2006).

Průběh těhotenství a porodu

Alkoholismus u českých těhotných naštěstí není tak tak častý, setkáme se s ním ojediněle u starších více rodiček, také u rodiček z nižších sociálních vrstev nebo u osamělých svobodných či rozvedených žen. Často je jedná i silné kuřačky a polydrogově závislých žen (Binder & Vavřínková, 2006).

Komplikace u alkoholiček v průběhu těhotenství jsou závislé na orgánovém postižení z dlouhodobého užívání alkoholu. Za zvláště závažnou je považována cirhóza jater. Velkým nebezpečím je krvácení jícnových varixů, kde může dojít k ohrožení života. Celkově se setkáme u alkoholiček a absencí vitaminů, hlavně skupiny B. Porod většinou neprovází komplikace u žen s onemocněním cirhózy jater je ukončen císařským řezem (Binder & Vavřínková, 2006).

Nikotin

Ačkoliv kouření patří jednoznačně k nejrozšířenější závislosti mezi českými těhotnými, kdy odhadem 1/5 těhotných v průběhu těhotenství a laktace kouří, nejsou k dispozici přesná čísla, byly dopady kouření cigaret na plod a průběh těhotenství zjištěny teprve před desítkami let. Od první publikace Simpsona z padesátých let, mnohé další práce došli ke zjištění, že za 5 % intrauterinních úmrtí, 15-25 % dětí s nízkou porodní hmotností a 10-15 % předčasných porodů je odpovědné právě kouření (Binder & Vavřínková, 2006).

Vliv nikotinu na těhotenství a plod

Nežádoucí účinky spojené s kouřením jsou způsobeny oxidem uhelnatým a nikotinem. Oxid uhelnatý prochází placentou a váže se na fetální hemoglobin. Vznikající karboxyhemoglobin snižuje oxidační kapacitu krve. Současně, oxid uhličitý zvyšuje afinitu hemoglobinu ke kyslíku, v důsledku toho se snižuje uvolňování kyslíku v tkáních. Studie prokázaly, že sérové hladiny karboxyhemoglobinu dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky, a tak je plod vystaven jeho účinkům po relativně delší dobu. Nikotin rovněž prochází placentární bariérou. Rovněž jeho sérové hladiny dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky. Podle posledních studií nikotin způsobuje snížení uterinní cirkulace (Binder & Vavřínková, 2006).

Plod je vystaven inzultům přechodné hypoxie, která v závislosti na množství vykouřených cigaret a placentárních změnách přejde v hypoxii chronickou. Hypoxie je souhrnný název pro nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních. Výsledkem je nižší porodní hmotnost až rozvoj intrauterinní retardace (IUGR) dětí narozeným kuřačkám. Lehce zvýšené je i riziko předčasného porodu, vykouří-li denně více než jednu krabičku. U kuřaček je popisováno vyšší riziko spontánního abortu a předčasného odtoku p degenerativním změnám plodové vody (Binder & Vavřínková, 2006).

Placenta kuřaček podléhá dříve degenerativním změnám. Tyto změny jsou v příčinné souvislosti s vyšší incidencí abrupce (odloučení) placenty. U kuřaček se také častěji vyskytuje placenta previa, což znamená, že placenta leží nízko v děloze a částečně nebo úplně pokrývá děložní hrdlo. Vysvětlením by mohlo být, že u kuřaček dochází k hypertrofii placenty. Teratogenní efekt kouření nebyl prokázán (Binder & Vavřínková, 2006).

Děti kuřaček mohou v dalším vývoji trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, horším prospěchem ve škole, behaviorálními problémy. Děti kuřaček jsou ohroženy tzv. syndromem náhlého úmrtí novorozence (Binder & Vavřínková, 2006, Králíková 2008).

Negativní vliv na těhotnou má samozřejmě i pasivní kouření. Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách kromě negativního dopadu cigaretového kouře zvyšuje riziko atopie (predispozice alergie) u plodu a rozvoje alergie v raném dětském věku. (Bean, 1991; Fergusson, 2002; Fischer, 1998 in Vavřínková, Binder 2006)

Užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se v těhotenství nedoporučuje, i když poslední studie ukázaly, že u plodu nedochází ke zvýšené koncentraci nikotinu v krvi oproti aktivnímu kouření (Wilson 1979 in Vavřínková, Binder 2006).

Kanabiody

Konopí seté (*Cannabis sativa*) obsahuje látku THC (tetrahydrocannabinol), která při chronickém užívání má přechodný a vratný vliv na reprodukční funkci mužů i žen. U mužů ovlivňuje progresivní pohyb spermií a u žen je příčinou nepravidelnosti menstruačního cyklu (WHO 1997 in Vavřínková, Binder 2006).

Vliv kanabinoidů na průběh těhotenství, plod a novorozence

V případě užívání marihuany se jedná nejčastěji o nepravidelné užívání, a tudíž pro ženy není problém při zjištění těhotenství přestat. I když by žena během těhotenství v užívání pokračovala, tak se jedná víceméně o nárazovou aplikaci. Marihuana má dlouhý poločas rozpadu, a tak ženy, které ji užívaly mají při porodu zbytkovou hladinu v krvi. Potíží může být tachykardie až 180/ min, bronchiální dráždivost, hlavně v případě, kdy je potřeba celková anestezie (Binder & Vavřínková, 2006).

Jaký bude mít marihuana vliv na plod závisí na dané dávce. Pokud je žena chronickou uživatelkou tak je prokázán nižší váhový hmotnosti u matky a v důsledku nedostatku kyslíku v těle či jiných tkání dochází k intrauterinní růstové retardaci (Binder & Vavřínková, 2006).

Plod uživatelky marihuany má snížené svalové napětí a omezené reakce na stimulaci. Setkat se můžeme i s lehce prodlouženou reakcí při vyšetřování evokovaných zrakových potenciálů. Abstinenční syndrom se projeví neklidem, nespavostí a zvýšenou dráždivostí, není ale výrazný a poměrně rychle odeznívá (Binder & Vavřínková, 2006).

Kofein a jeho vliv na těhotenství a plod

„Kofein, hlavně obsažený v kávě, patří mezi široce konzumované látky i mezi těhotnými. Žádná ze studií neprokázala škodlivé účinky konzumováním kávy v průběhu těhotenství. Teratogenní účinky kofeinu se nepotvrdily. Za obecně škodlivou se považuje extrémní konzumace (6-8 šálků kávy denně). Toto množství odpovídá konzumaci více než 300 mg kofeinu denně. V těhotenství by mohlo být takové množství příčinou nižší porodní hmotnosti plodu“ (Binder & Vavřínková, 2006, str. 61).

2.6 Péče o ženy užívající návykové látky

Ráda bych tuto podkapitolu věnovala ženám, které jsou již závislé na návykových látkách a potřebují tedy specifickou péči. Vzhledem k povaze vybraných látek je varianta, že žena buď své těhotenství plánuje, a tudíž látky jako alkohol, marihuana a kofein je sama schopna omezit. A to i v případě náhlého otěhotnění. Otázkou je závislost na tabáku.

Druhou variantou jsou ženy s vícero závislostmi, pro které je závislost na vybraných látkách jako druhotná. Ráda bych tím ukázala, jaké jsou pro ženy v tomto ohledu možnosti a vytvořila tím souvislost v tématu rizikových látek a těhotenství.

Jedná se hlavně o skupiny žen, které konzumují nadměrné množství léků, alkoholu, cigaret a jiných omamných látek nebo ženy závislé na těchto prostředcích, ženy psychicky nemocné nebo labilní, velmi mladé/nedospělé ženy s životním stylem neprospívajícím zdraví nebo ženy žijící v podmínkách zdraví škodlivých, ženy se špatným sociálním zázemím, ženy z určitých etnických minoritních skupin, ženy s nízkým intelektem (Velemínský & Žižková, 2008).

Těmto skupinám těhotných žen je potřeba, nabídnout určitou psychologicko – sociální intervenci a také zajistit, aby nabízená péče byla v souladu s životním stylem těchto žen. Péče by měla být z lékařského, psychologického a sociálního hlediska přizpůsobena individuálním potřebám klientky a jejím zkušenostem. Naším cílem je dosáhnout maximálního snížení a případně úplnému vyloučení všech rizikových faktorů (Velemínský & Žižková, 2008).

2.6.1 Ženy jako specifická skupina

Jelikož je má práce zaměřena na dívky ve věku 16-18 let, tudíž na ženy, považuji za důležité zmínit, že v rámci závislostí jsou ženy specifickou skupinou. Statistická data a zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi problematikou drog žen a mužů jsou zásadní a mnohdy vyžadují zcela odlišný přístup. Tuto výraznější potřebu by měla mít skupina těhotných a matek (Kalina a kol., 2003).

V České republice přišla tato klientela do povědomí ve větší míře v poslední 5. a 6. letech, což má spojitost s rozšířením drog ve společnosti, zestárnutím první drogové generace po roce 1989 a v neposlední řadě s ochotou společnosti zabývat se těmito otázkami (Kalina a kol., 2003).

Specifické gender problémy

Jedná se tedy o témata, které z výzkumu ukazují na častější výskyt dané problematiky u ženské než u mužské populace a o témata specificky ženské. Mezi ně můžeme zařadit: poruchy příjmu potravy, problém vysokého užívání „léků na uklidnění“ (zejména benzodiazepinů), téma prevence užívání drog, zaměřené na velmi mladé dívky, téma rozdílnosti diagnostikování žen a mužů z pohledu psychologického i sociologického, specifčnost problémů v oblasti duševního zdraví u ženské populace – rozdíly v přítomnosti jednoho či více onemocnění vyskytujícího se současně s původním onemocněním, specifika v psychosexuální traumatizaci (sexuální zneužívání, znásilnění). Charakteristické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím u

uživatelé drog. Také prevence sexuálního chování, zvláště u žen, které se v sexuálním průmyslu pracují (Kalina a kol., 2003).

2.6.2 Péče o těhotné ženy

Celkově by v rámci péče o těhotné ženy mělo jít o prevenci nemocí, snížení úmrtnosti žen a nenarozených dětí, což je i hlavním cílem zdravotnictví ve vztahu k těhotným ženám. Ve skupině těhotných žen najdeme ženy, které potřebují specifické potřeby a my je můžeme splnit pouze tehdy, pokud jim věnujeme dostatečnou pozornost. Jednou z těchto pomoci může být právě včasná prevence u mladých dívek (Velemínský, Žižková a kol., 2008).

Nejčastější cesty do odborných zařízení

V našich podmínkách je zaznamenáváme tři možné cesty do odborných zařízení a to jsou:

- 1) Evidovaná klientka otěhotní, je tedy možné s ní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji apod.
- 2) Žena bere drogy, porodí dítě s abstinčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor, sociální pracovníce a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení.
- 3) Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti, na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci), (Kalina a kol., 2003).

Léčba závislostí v těhotenství

V rámci léčby závislostí v těhotenství rozlišujeme léčbu farmakologickou a nefarmakologickou.

Farmakologická léčba závislostí

Závislost na návykových látkách je tradičně léčena úplnou abstinencí. Léčba se využívala jen k tlumení abstinčních příznaků. Dnešní pojetí léčby zahrnuje postup, kdy se podává nahrazující látka, ta pacientovi příznaky potlačí. Tomuto procesu se říká substituční terapie. Tento proces udržuje pacienta do doby, než je schopen podstoupit abstinčně orientovanou léčbu (Velemínský, Žižková a kol., 2008).

Farmakologická léčba u závislosti na tabáku – nikotinu

Těhotné kuřačky by měly obdržet jasné informace o riziku kouření pro jejich plod a doporučení přestat kouřit. Měly by být poslány do specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku. Pokud léčíme závislost na tabáku dá používat farmakologickou léčbu ve formě náhradní terapie nikotinem (NTN). Substituční léčba těhotných žen patří mezi nové indikace NTN. Vavřínková, Binder 2006 uvádí, že užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se nedoporučuje, ačkoliv při užívání nedochází u plodu ke zvýšené koncentraci nikotinu v krvi oproti aktivnímu kouření.

Další užívanou substituční látkou při odvykání kouření je Bupropion SR, který opět není doporučovaný v těhotenství, ale nejsou žádné zprávy o negativních účincích na plod. V rámci preventivních programů jsou programy Zdravé těhotenství – zdravé dítě a Normální je kojit a nekouřit (Velemínský, Žižková a kol., 2008).

Metadonový program

Metadonový program je substituční léčba, při které podává metadon o syntetický opiát, při jehož podávání nedochází ke zvyšování tolerance a je možno ho podávat v téměř nezměněných dávkách po několik let. Zabraňuje vzniku abstinčních příznaků, nenavozuje euforii, blokuje touhu po droze. Při dlouhodobém podávání vyvolává rovněž návyk. Zařazení do programu je podmíněno jasnými kritérii. Vzhledem k tomu, že si závislá žena musí denně pro metadon docházet, existuje možnost sledovat těhotenství a alespoň částečně kontrolovat. Další možností substituční terapie je např. subutexová terapie a případně další látky, které nejsou v České republice příliš rozšířeny (Binder & Vavřínková, 2006)

Nefarmakologická léčba

Do nefarmakologických složek řadíme: poradenství, psychoterapii nejrozličnějších forem, psychosociální poradenství, ošetrovatelské služby, terapii somatických onemocnění, fyzioterapii, arteterapii, pracovní terapii a poradenství, týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod., (Binder & Vavřínková, 2006; Velemínský, Žižková a kol., 2008).

V r. 2003 byly realizovány čtyři programy pro ženy, matky s dětmi a těhotné ženy, zaměřené zejména na stabilizaci sociálního a psychického stavu klientů a na roli matky ve vztahu k dětem, rodině a péči o domácnost. Dva programy nabízejí vedle ambulantní léčby také chráněné bydlení, všechny tři chráněné pracovní dílny. Příkladem spolupráce se ženami, jejichž život byl ovlivněn návykovými látkami, je Centrum pro rodinu, které je určeno závislým těhotným ženám, ženám, které mají ve své péči dítě nebo jim bylo dítě odebráno a jsou připraveny o ně

pečovat. Jedná se o další z programů střediska Drop in o.p.s, (Binder & Vavřínková, 2006; Velemínský, Žižková a kol., 2008).

S problematikou návykových látek se nepotýkají pouze dospělý, ale díky své zvědavosti a chuti k experimentování jsou k ní náchylnější právě adolescenti, zároveň právě včasné podchycení závislosti na návykových látkách jim může pomoci k zdravému životnímu stylu a vytvořit si správné životní návyky. V další kapitole se tedy podíváme na skupinu adolescentů a jejich možnosti vzdělávání o tomto tématu ve škole.

3 Období adolescence

Ráda bych věnovala část práce tématu adolescence. Nejen kvůli tomu, že má práce je zaměřena dívky ve věku 16-18 let, ale i proto, že když se podíváme na jednotlivé jevy, které v tomto věku probíhají můžeme lépe porozumět, jak dívky v tomto období mohou tématům jako těhotenství a návykové látky vlastně rozumět. Zároveň skupina adolescentů patří mezi nejrizikovější co se týká experimentování nejen s drogami, a právě vytvoření zkušeností a návyků v tomto věku může sehrát roli při pozdějším plánovaném těhotenství.

První by nastínila rozdělení adolescence a k tomu uvedla několik informací, které se týkají jak somatického, tak psychického, emočního a kognitivního vývoje. K tématu dospívání také zahrnu rizikové chování v sexuální oblasti, i to vytváří určitý pohled a možnost na těhotenství a v době adolescence experimentování, i v této oblasti patří.

Dělení adolescence podle věku a sledu vývojových stádií je dosti obtížné. Začátek i průběh adolescence je u každého jedince velmi variabilní a vývojové normy zde mají velké rozpětí. Dívky fyzicky dospívají dříve, bazální pohlavní zralost dosahují průměrně kolem 13. roku. Chlapci bazální pohlavní zralost (první poluce) průměrně kolem 15. roku. Ve skupině dospívajících děvčat a chlapců najdeme jak časně dozrávající jedince, tak jedince dozrávající později. Započatá puberta má již za fyziologických podmínek v podstatě neměnné pořadí pohlavních a růstových změn (Kabíček, 2014; Macek 2003).

Dospívání (adolescence) je vývojové období, které vymezujeme 10. a 19. rokem života. Během tohoto období života přichází mnoho poměrně rychlých změn biologických, psychických a společenských. Dochází k pohlavní dospělosti a nastává zrychlení růstu. V rámci psychické oblasti hledá jedinec svou identitu a snaží se postupně osamostatňovat od rodiny. Puberta je považována za první, tzv. rychlou fázi adolescence, v níž převažují biologické změny. Vrcholí a končí dosažením základní pohlavní zralosti, dotýčný je schopen reprodukce. Ve střední a pozdní adolescenci probíhá především psychosociální vývoj (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

3.1 Rozdělení jednotlivých období v dospívání

Systemů věkového dělení adolescence je velmi mnoho. Já jsem vybrala pro přehlednost dělení podle Kabíčka. Toto rozdělení patří mezi nejčastěji používané: časná adolescence (10-13 let), střední adolescence (14–16 let), pozdní adolescence (17-19 let). Například Vágnerová uvádí rozdělení dospívání na pubertu od 11–12. a 15 rok a adolescenci od 15–20 let.

3.1.1 Časná adolescence: 10-13 let

V časně adolescenci se setkáme hlavně s biologickými změnami. Charakteristický je start pubertálního růstového zrychlení a počátek pohlavního dozrávání. S prvním hormonálními změnami, které souvisejí s pohlavním dospíváním se setkáme již 1-2 roky před samotným začátkem puberty, nazýváme jej adrenarche (Kabíček, 2014).

Emoční vývoj v časně adolescenci

Puberta je také nazývána obdobím druhé fáze vzdoru (první je v batolecím věku). Také je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospívání a dospělostí. V rámci emočního vývoje se mění i citové prožívání, dospívající jsou labilnější, tato nevyrovnanost je způsobena ztrátou bývalé jistoty a stability. Jedinec prochází nejen fyzickými změnami, kterých si sám na sobě všimá (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Projevují se i pohlavní pudy v souvislosti s fyzickými změnami, které začíná dospívající objevovat. K emočnímu vývoji patří pochybnosti a přemýšlení o sobě samém. Také do této emoční nestability zahrnujeme časté změny nálad, impulzivitu jednání, nepředvídatelnost reakcí (Kabíček, 2014; Macek 2003).

K negativním emocím a nestabilitě vedou i citové vztahy a kontakty. Z hlediska fyzického i psychického se přidává snadnější unavitelnost a střídání apatie s krátkými periodami vystupňované aktivity. I přes tyto typické projevy neznamena, že by adolescence měla být za každých okolností obdobím emočních krizí (Kabíček, 2014; Macek 2003).

Kognitivní vývoj v časně adolescenci

Při standartním vývoji jedince pokračuje rozvoj inteligence, tvořivé myšlení a abstrakce. Což je pro jeho další posun jednoznačně důležité a pozitivní. Přínos je také ve zvládnutí formálních

operací, to přináší subjektivní vazby na určitý časový a prostorový úsek konkrétní reality. Určité myšlenkové operace už jedinec vnímá jako východisko pro tvoření dalších operací jako je hodnocení a soudy. Díky tomu je dán mnohem větší prostor pro myšlení (Kabíček, 2014; Vágnerová 2005).

Socializace v časně adolescenci

Jedinec se osamostatňuje od útlého dětství a pokračuje i v dospělosti. Samotné osamostatňování je důležitým procesem pro osvojení si různých rolí jako je role rodiče nebo partnera a další identifikaci. Právě v období dospívání se jedinec postupně odlučuje od rodiny a zažívá významnější vztahy k vrstevníkům, patří to mezi hlavní úkoly adolescence (Kabíček, 2014; Helus 2009).

Během procesu osamostatňování se rozvolňují rodinné vazby a dospívajícímu dávají jistotu vztahy nové. Zároveň se v časně adolescenci vztahy k vrstevníkům rychle proměňují. Socializační rozvoj dospívajícího je ovlivněn jeho novými kompetencemi, ty se projevují ve zpracování různých sociálních vlivů. Adolescenti jsou ve skupině často spojováni stejnými zájmy, přáním sdružovat se, vzájemným obdivem a možností napodobovat se, skupina může být pro jedince podporou (socializačním činitelem), ale na stranu druhou může mít destruktivní vliv a zavést dotyčného až k antisociálnímu chování a delikvenci (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Toto období je provázáno přeháněním extrémních rozdílů, kdy se dospívající nachází v odlišných názorech rodičů oproti vrstevníkům, ke kterým se přiklání. Většina dospívajících i přes tuto náročnou vývojovou cestu najde vlastní úspěšnou komunikaci a chování k udržení rodinných vztahů, zejména k rodičům udržením dobrých vztahů k rodičům (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Sexualita v časně adolescenci

Již v časně adolescenci spatřujeme u dospívajících zájem o druhé pohlaví. Začínající heterosexuální zájmy jsou plaché, nejisté a vzbuzují lehký strach. Právě projevem zejména, na dálku jako je pokřikování na sebe, vtipkování tuto nejistotu a strach oslabují. Dalším důvodem, proč vzájemné „otřukávání“ probíhá na dálku, je že často chlapci i děvčata zůstávají ve svých skupinkách. V rámci své skupiny se chlapci i dívky chlubí různými zážitky, které bývají zvětšené nebo vymyšlené (Kabíček, 2014).

Sexuální aktivita v určité jednoduché formě začíná již v dětství. V časně adolescenci však rychle narůstá frekvence a rozdělení sexuálních aktivit. Rozlišit můžeme sexuální pud, který je

závislý na fyziologických hormonálních změnách a sexuální chování, které je výrazně utvářeno výchovou a kulturními normami. Ze studií zabývajícím se vývojem sexuality můžeme vyvodit několik obecnějších závěrů (Kabíček, 2014).

„Autoerotické praktiky jsou mezi adolescenty obecně rozšířeny a jsou jakýmsi předstupněm pozdějších heterosexuálních zájmů. První zkušenosti s heterosexuálními styky získává adolescent většinou mezi 14. a 16. rokem. Věk prvního pohlavního styku je u naší mládeže průměrně 18 let, nicméně několik studií ukazuje, že určitý segment populace začíná s koitální aktivitou velmi časně, a to již před 15. rokem života. Tento fakt by měl být zohledněn při preventivních opatřeních“ (Kabíček, 2014, str. 27).

V rámci preventivních opatření je velice důležitá úloha sexuální výchovy. Ta by měla adolescenta seznámit s fyziologickými vývojovými změnami, zásadami intimní hygieny, ale i tím, že heterosexuální vztahy jsou založeny na vzájemném dávání a přijímání, při němž partner není předmětem vlastního uspokojení, ale spíše je položen důraz na hluboký a odpovědně založený vztah (Kabíček, 2014).

3.1.2 Střední adolescence: 14-16 let

Ve střední adolescenci ještě zůstává zvýšené tempo růstu oproti věku před růstovou akcelerací, při dosažení bazální pohlavní zralosti se růst zpomaluje. V rámci sexuality se již běžně scházejí chlapci s děvčaty. Stupeň sexuální aktivity je velmi různorodý. Dospívající dochází k dalšímu biologickému mezníku a tím je často první pohlavní styk. Sexuální aktivita je určena stupněm pohlavního zrání, ale také tím, jak na jedince tlačí společnost. Není výjimečné ani homosexuální experimentování, aniž by to nutně neznamenalou trvalou sexuální orientaci (Kabíček, 2014, Vágnerová, 2005).

„Ve střední adolescenci dochází k rozvoji citových vazeb a porozumění pojmům jako láska, čestnost a slušnost. V rámci vztahů mezi chlapci a děvčaty se spíše jedná o povrchní spojení než intimitu, zdůrazněné je experimentování a atraktivita.

Mnozí adolescenti v tomto věku mají již informace o negativních důsledcích časného začátku intimního života, počítaje v to nechtěné těhotenství i sexuálně přenosné infekce včetně HIV. Tyto znalosti však konzistentně neovlivňují jejich chování. Data o použití kondomu při prvním

koitu velmi diferují, u nás v roce 2008 použilo kondom při prvním styku pouze cca 35 % chlapců“ (Weiss, Zvěřina 2009 in Kabíček, 2014, str. 29).

Kognitivní rozvoj ve střední adolescenci

Nadále se rozvíjí schopnost zvládnání formálních operací, není nijak zvláštní, že adolescenti v tomto věku rozvíjí i úvahy o mravních konvencích a etickém kodexu (Kabíček, 2014).

Sebepojetí ve střední adolescenci

Dívky se často hodnotí podle toho, jak jsou kvalitní jejich vztahy s ostatními, u chlapců je tomu trochu jinak charakterizují se spíše podle svých schopností. Pocit vnitřního nepokoje či trápení není netypický, ale je samozřejmě těžké ho odlišit od prožívání podobných pocitů při některém z psychických onemocnění. U adolescentních skupin, najdeme různé subkultury, často experimentují s názory, oblékáním, a i jejich zájmy se často mění. Mohou snadno propadnout nějaké filozofii, celkově přemýšlí o smyslu život (Kabíček, 2014, Macek 2003).

Ve střední adolescenci dochází také k důležitému sociálnímu mezníku, což je ukončení povinné školní docházky. Tím začíná odpovědnější přemýšlení o tom, jaká bude má budoucnost ve smyslu povolání nebo zkrátka toho „co budu dělat v dospělosti“. Tento proces je již řízen určitou sebekritičností a zvažováním vlastních možností a vloh (Kabíček, 2014; Vágnerová, 1999).

3.1.3 Pozdní adolescence: 17-19 let

Fyzické změny jsou v tomto období již minimální. U 95 % chlapců a děvčat je dospělý stupeň vývoje prsů, penisu a pubického ochlupení je v 17-18 letech dosažen (Kabíček, 2014).

Psychosociální vývoj v pozdní adolescenci

Adolescent se zajímá spíše o trvalejší vztahy místo experimentování. Vystávají otázky náboženství, politiky a dospívajícího baví se nad tím zamýšlet. K stabilnímu vnímání vlastního těla dopomáhá právě zpomalení fyzického vývoje. Otázka budoucnosti, povolání nebo oblasti, které se budou chtít nadále věnovat je významnější, protože starší adolescent začíná vnímat sebe samého jako součást společnosti (jako student, dělník, rodič apod.) Toto období je

možností dosáhnout předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Právě zmíněné procesy během dospívání mohou zapříčít, že se adolescent více přiblíží k aktivitám, které pro něj nesou určité riziko. V další podkapitole tedy uvedu, co to je rizikové chování a jakým způsobem může jedince ohrozit ve vývoji.

3.2 Syndrom rizikového chování v dospívání

„Rizikovým (problémovým) chováním se rozumí jakékoli chování dospívajícího, které může ohrozit jeho vývoj, ať už si je sám adolescent vědom jeho rizikovosti, nebo není – ve druhém případě je naším úkolem ho na rizikovost upozornit.“ (Jessor R., 1991 in Kabíček 2014, str.34).

„U nás i jinde se ze začátku mluvilo o sociálně-patologických jevech, tento pojem však není ani podle sociologů správný a vžil se proto název SRCH-D (risk-behavior syndrom-RBS, problem behavior syndrom)“ (Kabíček 2014, str. 34).

Jedná se o charakteristický soubor příznaků (nemusí být vždy přítomny všechny), které vznikají na stejném podkladě. Některé tyto problémy jsou problémové pouze ve vztahu k věku, tedy k dospívání, také terminus technicus je právě syndrom rizikového chování v dospívání. Jedná se především o několik okruhů rizikového chování, které je současně chování problémovým: zneužívání návykových látek, poruchy chování a delikvence (v různé míře) a rizikové sexuální chování, především předčasný sex. To vychází ze studie prof. R. Jessora, 1977, 1998 in Kabíček 2014, str. 33). Ve svých studiích statistickými analýzami prokázal, že jednak se tyto různé projevy často vyskytují společně (kombinují se, prolínají a také vzájemně usnadňují svůj vznik), jednak mají stejné (zjednodušeně vyjádřeno) příčiny i ochranné faktory (Kabíček, 2014).

Zároveň drogy také hrály v rámci dospívání i iniciace velmi důležitou roli. V rámci naší kultury je tímto ukazatelem fakt, že alkohol a tabák patří do dospělosti, jak je dané v zákoně (Hajný 2001).

„Koncepce rizikového – problémového chování v dospívání řeší také jiné teorie, např. teorie sociálního učení (Bandura), teorie plánovaného chování (Ajzen) nebo teorie sociálních norem (Berkowitz), v otázkách většího vlivu osobnostních predizpozic, genetických vlivů (Feldstein S. W. 2006)“, (Kabíček, 2014, str. 37).

3.2.1 Projevy rizikové chování

Projevy problémového chování lze rozdělit do tří hlavních okruhů.

1. Zneužívání (abúzus) návykových látek.
2. Projevy v psychosociální oblasti jako agresivita, delikvence (protispolečenské chování v širším smyslu, které nemusí dosahovat charakteru trestného činu) dále kriminalita, autoagresivita a sebevražedné pokusy.
3. Projevy v reprodukční oblasti, kdy je rizikovým chováním v této oblasti hlavně předčasný sexuální život a s ním často přidružené střídání sexuálních partnerů a časté sexuální styky „bez ochrany“ (Kabiček, 2014).

3.2.2 Zneužívání (abúzus) návykových látek

Adolescentova cesta k psychické závislosti na návykových látkách začíná experimentem, který je téměř vždy motivován vrstevníky. Je tedy motivován sociálně. Po fázi experimentální adolescent látku užívá a snadno se přehoupne do problémového užívání a následné závislosti. Tato čtyři stádia experiment, užívání, problematické užívání a závislost nemusejí kopírovat diagnostické kategorie intoxikace a škodlivého užívání. (Kabiček, 2014).

Po experimentu, který je do určité míry jen dalším novým způsobem zkoušení nových věcí a chování. Adolescent rozhodne, zda v užívání pokračovat či ne, většina lidí odstupuje a dále se užívání návykové látky nevěnuje. V tomto rozhodnutí je mohou podpořit získané informace, výchova v rodině, celkově negativní vztah k droze nebo nepříjemný zážitek z drogy. Někdy může přijít dotyčnému pomoc z venku či se rozhodně pro další užívání rozhodne samostatně. V této fázi ještě jedinec neužívá drogu pro její vlastní účinek, protože zatím vztah k návykové látce není zcela jasný. Vztah k droze se vyhraní až ve druhé fázi, která se nazývá také okouzlení drogou. Jedinec pocítuje pro sebe samého pozitivní účinky návykové látky. Adolescent může cítit větší sílu či vliv ve vrstevnické skupině, z někoho, kdo byl stydlivý nebo neprůbojný introvert se může stát „bavič“. Také může docházet k pocitu uvolnění tenze nebo úzkosti. Z tohoto účinku má jedinec pocit „pozitivního“ přínosu drogy (Kabiček, 2014; Hajný, 2001).

Další fáze je problémové užívání, některými psychology nazývané stádium dvojí identity. Jedinec nadále vnímá „pozitivní“ vlivy drogy, ale začnou přicházet i první problémy, nejčastěji sociálního charakteru jako jsou problémy ve škole, s policií, časté školní absence, zhoršení prospěchu, změna zájmů, přátel apod. (Votavová in Kabíček, 2014).

Dvojí identitou je označováno prodrogový a protidrogový „program“ ve způsobu myšlení jedince. Když zneužívání návykové látky přetrvává, přijde jedinec dříve či později do stadia závislosti (Votavová in Kabíček, 2014).

Návykové látky a mozkový systém odměn

Cestu do stadia závislosti se zabývají i současné výzkumy z oboru neurobiologie, biochemie a genetiky. Jako důležitá se ukazuje neurobiologická povaha závislosti, kde biochemické, ale také funkční zobrazovací a genetické studie dokládají význam některých nervových drah pro rozvoj jednotlivých stádií cesty závislosti. Hodně k tomu přispělo studium systému odměn, který odpovídá za příjemné a libé pocity. Silnými přirozenými stimuly systému odměn jsou sex, jídlo, úspěch ve sportu a složitější síť sociálních vztahů. Systém odměn se nachází v limbickém systému, bazálních gangliích a prefontální kůře. Se systémem odměn pozitivně reagují návykové látky a uměle vyvolávají pocit libosti a úspěšnosti. To vede zpětnovazebně k posilování snahy tuto činnost opakovat. Genetické studie ukazují důležitost jak mozkového systému odměn, tak mozkového zátěžového systému v rozvoji a tendenci k závislosti a v mechanismu relapsu závislosti při léčbě (Kabíček, 2014).

3.2.3 Rizika v oblasti reprodukčního zdraví

„Podle definice panamerické sekce Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2000 vyplývá, že „Sexuální zdraví je setrvalý proces fyzického, psychologického a sociokulturního blaha ve vztahu k sexualitě. Sexuální zdraví lze identifikovat podle svobodného a odpovědného projevu sexuálních schopností. Sexualita je tedy „výsledkem souhry biologických, psychologických, socioekonomických, kulturních, etických i náboženských/duchovních faktorů“. Tato definice z roku 2000 právě zdůraznila bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu člověka.“ (Kabíček, 2014, stránky 250, 251).

Rizikové sexuální chování zahrnuje časté střídání partnerů, styk s neznámým partnerem (anonymní sex), prostituce, anální styk a krvavé sexuální praktiky. Nejčastějším projevem

rizikového chování v sexuální oblasti je časné zahájení sexuálního života. Britské Centrum pro výzkum sexuálního zdraví prokázalo rozsáhlým výzkumem, že čím nižší byl věk při začátku sexuálního života, tím větší byl nedostatek tzv. sexuální kompetence. Znamená to, že dospívající později litovali, že začali tak brzy intimně žít, že to bylo pod určitým tlakem, „neautonomně“ – pod tlakem vrstevníků nebo partnera, popřípadě pod vlivem psychoaktivních látek – a často bez antikoncepce a ochrany proti pohlavním nemocem. Studie uzavírala, že „věk a okolnosti začátku sexuálního života mají podstatný význam pro zdraví společnosti. Nízký věk při začátku pohlavního života má důsledky pro stav sexuálního zdraví“ (Wellings K., 2001 in Kabíček 2014).

V rámci rizik sexuálního života se setkáme se situacemi jako jsou nechtěná těhotenství, tím i umělé potraty a jejich následky, pohlavně přenosná onemocnění a jejich následky, pohlavně přenosná onemocnění a jejich následky – hluboké pánevní záněty (s nebezpečím šíření na pobřišnici), neplodnost, mimoděložní těhotenství, infekce a event. Nedonošenost novorozenců, při infekci lidským papilomavirem i riziko změn a event. i event. rakoviny děložního čípku, psychosociální poruchy. To se nejčastěji týká časné adolescence (Kabíček, 2014).

Biologické rizikové faktory u dívek

U dívek se jedná hlavně o nezralost děložního čípku, snadno pronikne infekce z pochvy (a to jak pohlavních nemocí, tak i běžné mikrobiální flóry), může dojít následně k zánětům vejcovodů a tzv. pánevní zánětlivé nemoci. Při časném začátku pohlavního života je při střídání partnerů i jedním z rizikových faktorů pro rakovinu děložního čípku (Kabíček, 2014)

V dopívání je celkově nezralá imunitní obrana proti infekci. Dále těhotenství, které je obecně v dopívání rizikové (Kabíček, 2014).

Psychosociální rizikové faktory u obou pohlaví

Jeden z hlavních faktorů je osobnostní nezralost, jak jsem již výše zmínila vývojovým úkolem dospívání je především nalezení osobnostní identity. Dospívající, který svoji identitu teprve hledá, v podstatě ještě nezná sám sebe ani svoji stupnici životních hodnot, těžko může kvalitně vytvořit trvalejší vztah, resp. „sebedávající“ vztah s partnerem. To by mělo být úkolem až další vývojové fáze – fáze intimity – poté, co zdárně zvládne nalézt svou vlastní identitu. Hloubka intimity se projevuje také tím, jak se jedinec zavazuje, obohacuje ve vztahu. Během intimního života v dospívání je proto dochází k častému střídání partnerů je to svým způsobem pro toto období typické, a tím je pro tuto věkovou skupinu i typický vysoký výskyt pohlavních nemocí. Jako rizikový počet partnerů v dospívání se v různých programech prevence udává čtyři a více,

ovšem s každým novým partnerem riziko přenosu infekce stoupá (Helus 2009; Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Proces vytváření identity mohou tak silné nové zážitky v dospívání (jako je začátek sexuálního života nebo např. užití drogy) narušit nebo pozdržet, event. i zastavit. Pak osobnostní vývoj po určitou dobu nepokračuje (tzv. moratorium v dospívání), (Kabíček, 2014).

Socioekonomická nezralost

Neměli bychom opomenout, že sexuální život a reprodukční funkce spolu souvisejí, ačkoliv v dnešní společnosti máme možnost oddělování těchto dvou věcí, což může přinášet do života některé problémy a rizika. V této souvislosti jde říct, že dospívající sice mohou mít sexuální život, ale většinou nejsou socioekonomicky zralý na založení rodiny. Roli rodiče ne vždy zvládají a často ji ani vnitřně nepřijímají (Kabíček, 2014; Vágnerová, 2005).

Také samotné rodičovství v dospívání (zvl. časném) může být rizikovým faktorem pro přetrvávání syndromu rizikového chování v dalším životě a startovat tak spirálu nepříznivého životního vývoje. Navíc mladiství rodiče mívají některé typické rysy, které pocházejí z jejich nezralosti (Vágnerová, 2005).

Aby adolescent využíval antikoncepční prostředky je potřeba určitého stupně osobnostní zralosti. Právě proto používání těchto prostředků chybí nejvíce tam, kde jsou potřeba, a to u nejmladších, nejpromiskuitnějších, a nejméně zodpovědných dospívajících, kteří mohou být i pod vlivem psychotropních látek. Setkáme se s pracemi, které uvádějí, že antikoncepce proti infekci selhává v dospívání desetkrát častěji než v dospělosti (Kabíček, 2014).

Jedna z možností, jak zabránit a pomoci adolescentům se rizikovému chování je práce s nimi, a to hlavně ve výuce a různých programech prevence. V další podkapitole se podíváme na to, jak to s výukou a správnou prevencí je.

3.3 Výuka o rizikovém chování na základní škole

S tématy závislostí na návykových látkách, těhotenství a potažmo sexuální výchovou se setkáváme ve výuce, kde je tato látka dána rámcovým vzdělávacím programem a školním vzdělávacím programem, dále preventivními programy v rámci školy či jiných institucí. Uvádím zde RVP v rámci základní školy, protože právě ze základní školy by měli žáci odcházet

již dostatečně informováni. Důvodem je i rozdílnost předmětů a jejich náplň na středních školách.

Rámcový vzdělávací program tvoří obecně závazný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů všech oborů vzdělání v předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání, do vzdělávání v České republice byly zavedeny zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), (RVP 2017).

Rámcové vzdělávací programy stanoví např.: konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Na základě rámcových vzdělávacích programů a pravidel v nich stanovených si jednotlivé školy vytvářejí své realizační programové dokumenty – školní vzdělávací programy, (RVP 2017).

Školní vzdělávací program musí být v souladu s rámcovým vzdělávacím programem. Obsah vzdělávání může být ve školním vzdělávacím programu uspořádán do předmětů nebo jiných ucelených částí učiva (například modulů), (RVP 2017).

3.3.1 Rámcově vzdělávací program pro základní školy

V rámcově vzdělávacím programu najdeme témata závislosti a těhotenství ve vzdělávací oblasti Člověk a příroda, Člověk a zdraví. Očekávané výstupy uvedu pouze v rámci základní školy, protože rámcový vzdělávací program se na úrovni středoškolského vzdělání rozlišuje podle typu školy (zda-li se jedná o gymnázium, střední odbornou školu či odborné učiliště s maturitou), (RVP 2017).

Člověk a příroda

Vzdělávací oblast Člověk a příroda řadíme další podoblasti, jednou z nich je Chemie a společnost, kde najdeme očekávané výstupy a učivo, které zahrnuje témata návykových látek. Očekávanými výstupy jsou, že se žák bude orientovat v přípravě a využívání různých látek v praxi a jejich vlivech na životní prostředí a zdraví člověka, bude umět zhodnotit využívání různých látek v praxi vzhledem k životnímu prostředí a zdraví člověka. V sekci učivo najdeme přímo téma léčiva a návykové látky (RVP 2017).

Ve vzdělávací oblasti Člověk a příroda, v oboru Přírodopis mají žáci téma Biologie člověka, kde jsou očekávanými výstupy, aby uměli určit polohu a objasnili stavbu a funkci orgánů a

orgánových soustav lidského těla, vysvětlí jejich vztahy, objasní vznik a vývin nového jedince od početí až do stáří. Dokážou rozlišit příčiny, případně příznaky běžných nemocí a umí uplatnit zásady jejich prevence a léčby. V rámci Biologie člověka je dáno i téma význam zdravého životního stylu a jeho objasnění (RVP 2017).

V samotném učivu v rámci vzdělávacím programu konkrétně najdeme: Fylogenezi a ontogenezi člověka – rozmnožování člověka, anatomie a fyziologie – stavba a funkce jednotlivých částí lidského těla, orgány, orgánové soustavy (opěrná, pohybová, oběhová, dýchací, trávicí, vylučovací a rozmnožovací, řídicí), vyšší nervová činnost, hygiena duševní činnosti, nemoci, úrazy a prevence – příčiny, příznaky, praktické zásady a postupy při léčení běžných nemocí; závažná poranění a život ohrožující stavy, epidemie, životní styl – pozitivní a negativní dopad prostředí a životního stylu na zdraví člověka (RVP 2017).

Člověk a zdraví

Do vzdělávacího programu Člověk a zdraví patří vzdělávací obsahy Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. U vzdělávacího obsahu Výchova ke zdraví se setkáme v rámci témat závislosti, těhotenství a sexuální výchovy s těmito očekávanými výstupy. Žák by měl projevit odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu. Samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím, což může být prevencí k rizikovému chování. Žák by měl umět respektovat změny v období dospívání a vhodně na ně reagovat. Dále by se měl kultivovaně chovat k opačnému pohlaví, respektovat význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli. V tomto ohledu by měl chápat význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování, uvádět do souvislostí zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka. Měl by také uplatňovat osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc sobě nebo druhým (RVP 2017).

Konkrétně v učivu najdeme: autodestruktivní závislosti – psychická onemocnění, násilí namířené proti sobě samému, rizikové chování (alkohol, aktivní a pasivní kouření, zbraně, nebezpečné látky a předměty, nebezpečný internet), násilné chování, těžké životní situace a jejich zvládání, trestná činnost, dopink ve sportu. Dále sexuální dospívání a reprodukční zdraví – zdraví reprodukční soustavy, sexualita jako součást formování osobnosti, zdrženlivost,

předčasná sexuální zkušenost, promiskuita; problémy těhotenství a rodičovství mladistvých; poruchy pohlavní identity (RVP 2017).

3.3.2 Preventivní programy ve škole

V rámci školy se setkáme nejen s výše zvedenou výukou v určených předmětech, ale škola má povinnost monitorovat rizikové chování ve škole a na základě toho vytvářet preventivní programy.

Minimální preventivní program

Minimální preventivní program je dokument školy, který se zaměřuje na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Měl by zvyšovat schopnost žáků činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Cílem je oddalovat, bránit a snižovat výskyt rizikového chování u žáků školy. Každá škola má mít vytvořený svůj vlastní minimální preventivní program, který odpovídá aktuálnímu stavu a potřebě školy. Vypracovává ho školní metodik prevence na jeden školní rok.

Z tohoto dokumentu vyplívají další aktivity školy zaměřené přes školní rok na prevenci rizikových jevů či zdravého životního stylu.

Zásady efektivní prevence

„Obecné charakteristiky efektivního primárního programu můžeme definovat takto:

- 1) Kombinace mnohočetných strategií působících na určitou cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, komunita, masmédia). Z bio-psycho-sociálního modelu a výčtu rizikových faktorů zřetelně vyplývá, že příčiny zneužívání návykových látek jsou různorodé. Preventivní programy je tedy nutné koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.
- 2) Kontinuita působení a systematičnost plánování. Jednorázové aktivity, bez ohledu na rozsah a náklady, např. jednorázové přednášky nebo celostátní protidrogové kampaně, obvykle nejsou příliš efektivní. Jednostranné a zjednodušující informace mohou být i škodlivé.
- 3) Cílenost a adekvátnost informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým a sociokulturním charakteristikám. U každého preventivního programu je třeba definovat, pro jakou cílovou skupinu je určen. Musí být zohledněn věk, míra rizikovosti, úroveň

vědomostí, sociokulturní zázemí, etnická příslušnost, postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek. Program musí pro danou skupinu přijatelný.

- 4) Propojenost prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek a prevencí problémů působených alkoholem a tabákem.
- 5) Včasný věk začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku. Osobnostní orientace, názory a postoje se formulují již v nejranějším dětském věku. Jednoznačně se ukazuje, že čím dříve se prevence začíná, tím je ve výsledku efektivnější. Formy působení musí být samozřejmě přizpůsobeny věku a možnostem dětí.
- 6) Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu a nabídka pozitivních alternativ v příslušné cílové skupině, by mělo být součástí každého preventivního programu“ (Bém & Kalina, 2003, str. 280).

4 Praktická část

Praktická část mé diplomové práce má za cíl na základě počtu správných odpovědí zjistit úroveň znalostí u vybrané skupiny dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství. Z těchto zjištěných vědomostí pak vytvořit vhodný pedagogický výstup, který by jejich informace doplnil, upřesnil a prohloubil. První výzkumnou otázkou bylo: „ Jaké vědomosti má tato skupina dívek o rizicích užívání těchto vybraných látek?“

Druhý z cílů se zaměřoval o učení vybraných návykových látek v období těhotenství ve škole. Zde jsem si položila výzkumnou otázku: „Učily se vybrané dívky o tomto tématu ve škole?“

Třetí cíl mapoval, zda se dívky setkaly s těmito informacemi mimo školu. Výzkumná otázka pro mě tedy byla: „Setkaly se dívky s tímto tématem mimo školu?“

Čtvrtý cíl se vztahoval k zájmu dozvědět se více, a proto pro mě otázka zněla: „Chtějí se dívky o tomto tématu dozvědět více?“

Kromě otázek zjišťující znalosti a výše uvedené cíle, byly zahrnuty i otázky ke školním předmětům, informačním zdrojům mimo školu i otázka, zda již dívky o tomto tématu přemýšlely. Dotazník dále zjišťuje, jakou případně formou by se chtěly o tématu dozvědět více a nechybí dotaz na zhodnocení dotazníku.

4.1 Metoda průzkumu

Jednalo se o výzkum kvantitativní. Respondentkám byl zadán online dotazník celkem s 26 otázkami. Z toho bylo 16 otázek znalostního charakteru, kde si respondentky vybíraly z nabízených odpovědí. Úvodní dvě otázky zahrnovaly zjištění věku a typ školy, kterou dotyčná navštěvuje a jestli se o dané téma zajímá. Dvě otázky ke konci dotazníku zjišťovaly, jestli toto téma bylo probíráno ve škole a jestli se s ním setkaly mimo školu. Na obě tyto otázky navazoval dotaz s možností otevřené odpovědi, v jakých předmětech a v jakém prostředí mimo školu se s tímto setkaly, pokud vůbec. Další otázka ke konci dotazníku se konkrétně zaměřovala, zda by se chtěly dozvědět o tom tématu více a jakou formou. Na úplný závěr měly možnost pomocí výběrové otázky zhodnotit, jak se jim s dotazníkem pracovalo.

Do průzkumného vzorku byly vybrány dívky ve věku 16-18 let studující střední školu v České republice. Uvedený věk respondentek jsem zvolila z důvodu, že dívky již absolvovaly základní vzdělání, a tudíž by o tématu měly mít znalosti ze základní školy. Dalším důvodem je, že tento věk je typický pro experimentování jak v oblasti drog, tak v oblasti sexuální, a právě v tomto období by mohlo být téma pro dívky aktuální. Také mohou již více přemýšlet o založení rodiny v budoucnosti a správné informace jim mohou pomoci se v tématu lépe orientovat.

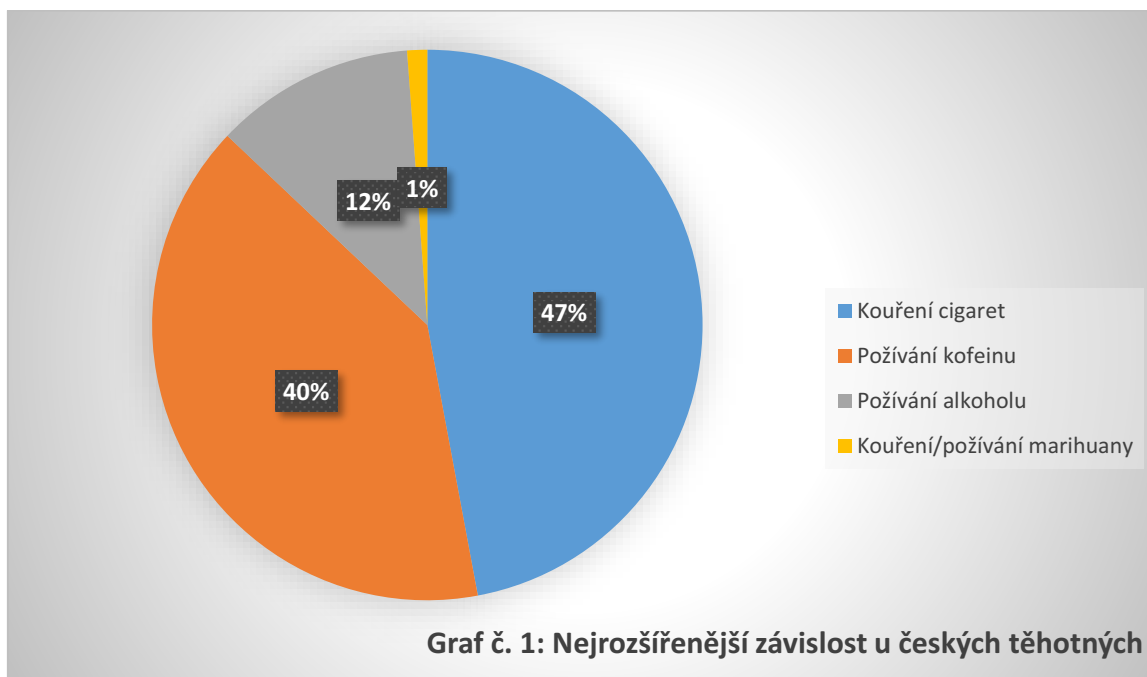
Celkem jsem spolupracovala s 85 respondentkami. V době zadávání dotazníku byla situace, kdy školy byly zavřené, a tak se k respondentkám dostal dotazník online formou různými internetovými kanály, kde jsem mohla odkaz vložit. U odkazu bylo vždy napsáno pravidlo, že respondentka má být ve věku 16-18 a navštěvovat střední školu. Do škály škol se tak dostaly různé typy SŠ. Podle toho, jak na odkaz daná skupina reagovala se promítlo v počtu odpovědí z dané školy. V odpovědích najdeme i zcela samostatné jednotky z různých škol, a to zřejmě z důvodu, že si to osoby, které nechodí na stejnou školu přeposlaly. Z internetových kanálů jsem využila Facebook, kam jsem odkaz vložila do skupiny zdravotní školy Beroun a Domažlice. Dalším internetovým kanálem byl Twitter, kde také odpovědělo pár různých jedinců dle kritéria. Při zadávání dotazníku jsem využila i kontaktů známých, kteří buď učí na střední škole nebo jejich děti na střední školu chodí. Nakonec jsem mohla ze získaných odpovědí respondentky rozdělit do čtyř kategorií a to ty, která navštěvují gymnázium, pedagogickou školu, zdravotnickou školu a jiné odborné školy (uvedu při popisu výsledků u jednotlivých škol).

4.2 Výsledky výzkumu

Vyhodnocení výzkumu je popsáno po jednotlivých otázkách, tak jak šly v dotazníku za sebou. U daných výsledků uvedených v hodnotách i procentech se snažím o možné vysvětlení, proč k tomuto výsledku došlo. U znalostních otázek je k dispozici graf. Po popisu vyhodnocení následuje shrnutí a vytvořený pedagogický výstup.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 85 respondentek, v zastoupení 16 % šestnáctiletých (14), z toho bylo, 49 % sedmnáctiletých (42) a 34 % (29) osmnáctiletých. Z 85 dotázaných jich 79 uvedlo školu, kterou navštěvuje. Z toho 41 studentek bylo ze školy pedagogické, 19 studentek gymnázia, 12 studentek z gymnázia a 7 z jiných typů škol.

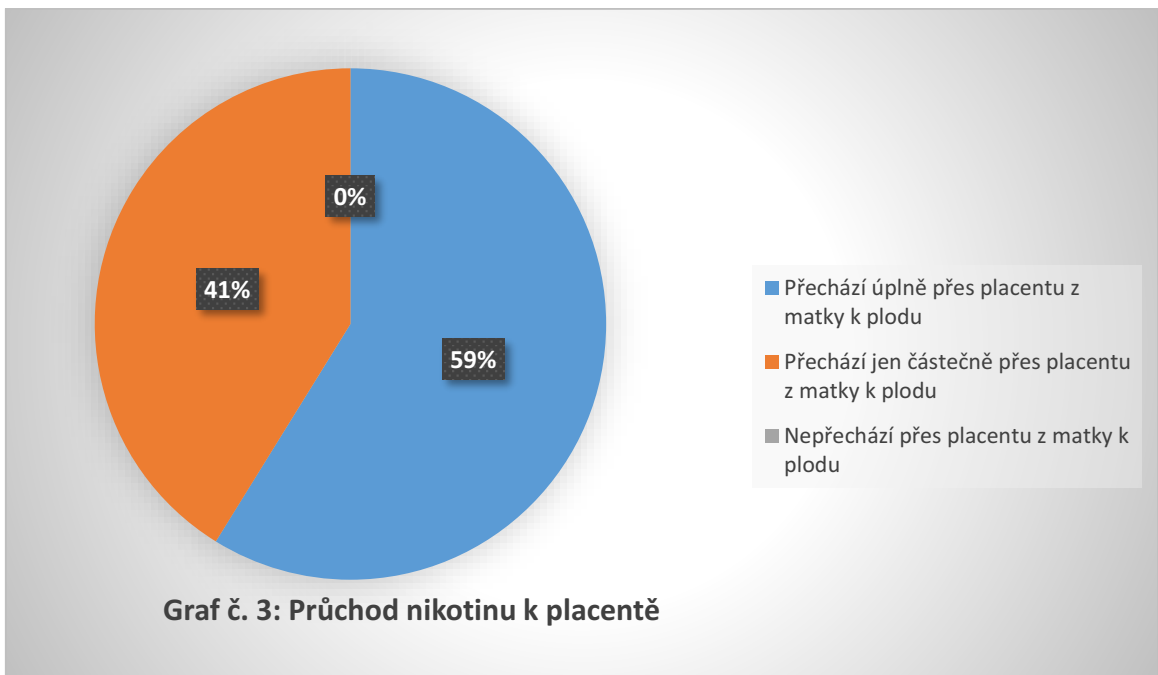
V otázce „Přemýšlela jsi někdy o tom, že užívání nikotinu a alkoholu, marihuany a kofeinu během těhotenství má vliv na plod?“ z 3 možných nabízených odpovědí dosáhla nejvyšší hodnotu z celkového počtu 85 odpovědí „Přemýšlela jsem o tom, ale nijak zvlášť.“ s počtem 67 % (57). Druhá nejčastější odpověď byla „Přemýšlela jsem o tom a hledala si k tomu informace“ s 32 % (27), pouze 1 % (1) dotázaných zvolilo variantu „Nikdy jsem o tom nepřemýšlela“.



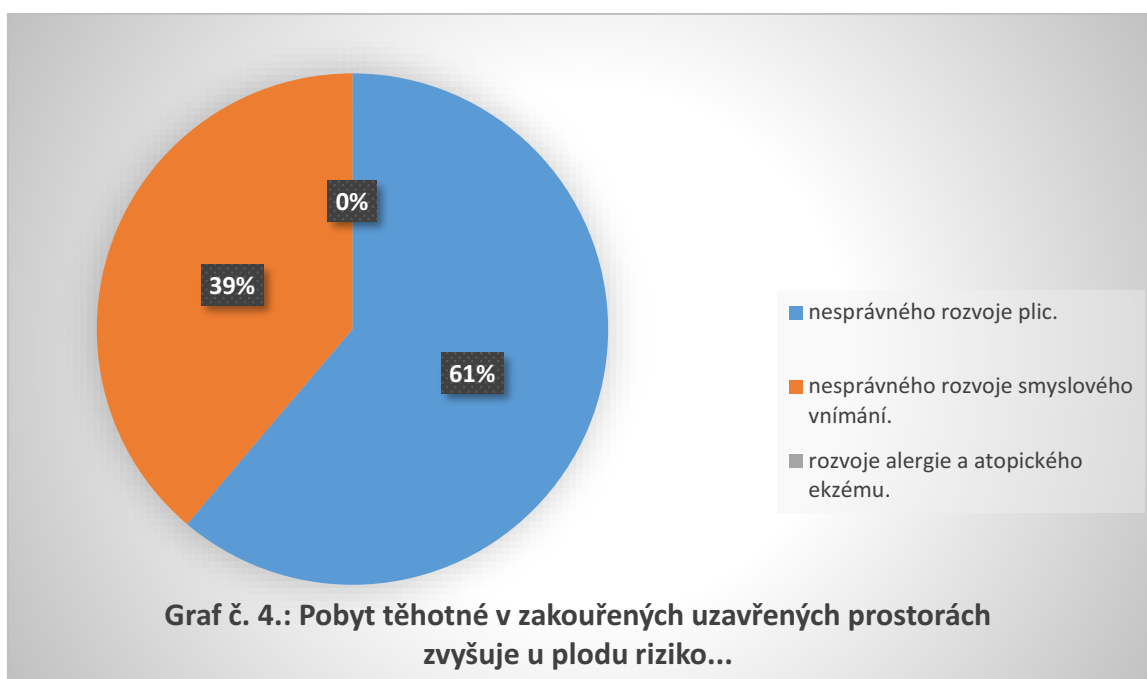
Další otázka byla už znalostní a můžeme se na ni podívat v grafu č.1, jsem se ptala: „Nejrozšířenější závislost u českých těhotných je“ z možných čtyřech variant, kde bylo na výběr „požívání alkoholu“, „kouření cigaret“, „požívání kofeinu“ a „kouření/požívání marihuany“, zvolily respondenty v 47 % (40) správnou odpověď „kouření cigaret“, v 40 % (34) volily „požívání kofeinu“ oproti těmto dvou položkám pak jen ve 12 % (10) bylo jejich volbou „požívání alkoholu“ a pouze 1 % (1) „kouření/požívání marihuany“. V tomto ohledu byla jejich informovanost správná, poměrně vysoké procento u volby „požívání kofeinu“ může být vysvětleno tím, že plno těhotných požívá kávu nebo jiný kofeinový nápoj během těhotenství, ale nemusí se jednat o závislost na kofeinu. Z pohledu prevence tento přístup respondentek lze považovat za správný.



Když jsem se zeptala na znalost, jak jsou ohroženy děti matek, které v těhotenství kouřily, což můžeme vidět v grafu č.2. Kdy přesné znění otázky bylo: „*Děti žen, které v těhotenství kouřily cigarety*“, bylo ze tří možných odpovědí nejčastěji zvoleno „*jsou ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence*“ s 53 % (45), 46 % (39) se domnívalo, že děti „*jsou ohroženy na životě při prvním nádechu po porodu*“, pouze 1 % (1) si myslelo, že „*nejsou nijak ohroženy*“. Z výsledků můžeme usoudit, že dívky si jsou sice vědomy rizika, které může dítěti přivodit matka kuřačka, ale rozdíl v položkách, které znalost upřesňují je rozdíl jen 7 % (7).

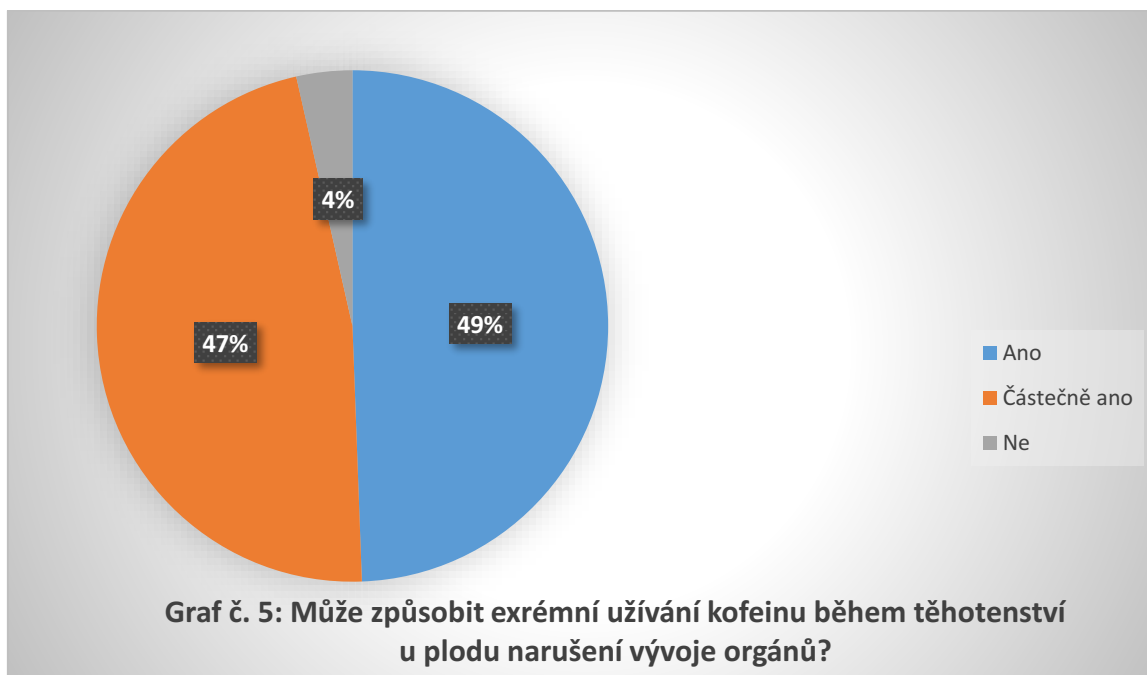


Další otázka, která se týkala kouření cigaret a můžeme ji vidět v grafu č.3, mapovala znalost o přechodu nikotinu placentou. „Nikotin (látka obsažená v tabákových výrobcích)“ se setkala v 59 % (50) s odpovědí, „přechází úplně přes placentu z matky k plodu“ a v 41 % (35) „přechází jen částečně přes placentu z matky k plodu“, nikdo nevybral možnost tedy 0 % (0) „nepřechází přes placentu z matky k plodu“. Je velice dobře, že si studentky uvědomují, že riziko přechodu nikotinu přes placentu je, ale může být trochu znepokojující, že se 41 % (35) domnívá, že průchod je jen částečný. Může být otázkou, do jaké míry se těchto 41 % (35) může myslet, že je díky tomu riziko kouření cigaret pro plod nižší.



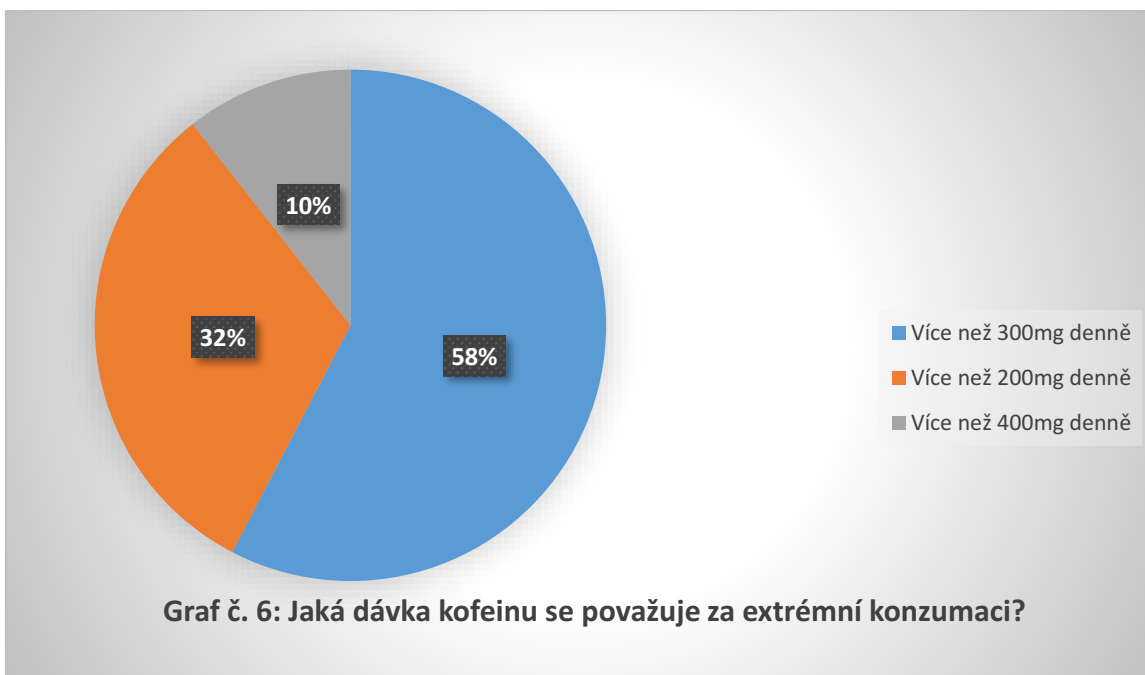
Kouřením cigaret se zabývala další znalostní otázka, ohledně pobytu těhotné v zakouřeném prostředí, její znázornění je k dispozici v grafu č. 4, otázka zněla: „Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách zvyšuje u plodu riziko“, opět byly nabízeny tři varianty, kde varianta „nesprávného rozvoje plic“ byla volena v 48 % (41), „nesprávného rozvoje smyslového vnímání“ zvolilo 31 % (26) a „rozvoj alergie a atopického ekzému“ 21 % (18). Otázka se zaměřovala již na hlubší znalost a ukázalo se, že dívky nejspíše při nedostatku hlubší informace volily podle toho, co jim přišlo nejpravděpodobnější, že by se hodilo. To splňovala přesně odpověď „nesprávného rozvoje plic“, která byla nejčastější, ale nesprávná. Lze tak usuzovat i z toho, že správná odpověď „rozvoj alergie a atopického ekzému“ byla volena nejméně. Poslední otázka, která se věnovala nikotinu, resp. odvykání, byla zadána v tomto znění: „Užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se v těhotenství“ z třech možných odpovědí by 73 % (62) respondentek „nedoporučuje“, 14 % (12) „doporučuje“ a 13 % (11) si myslí, že „Nezáleží na tom“. Tato otázka nebyla mezi znalostními, protože

některé zdroje tento postup během těhotenství doporučují a jiné ne. Pokud by dívky braly v úvahu, že obě varianty, jak kouření i náhražky nejsou ve své podstatě pro tělo dobré, můžeme pak tento výsledek brát jako pozitivní signál toho, jak riziko nikotinu v těhotenství vnímají.

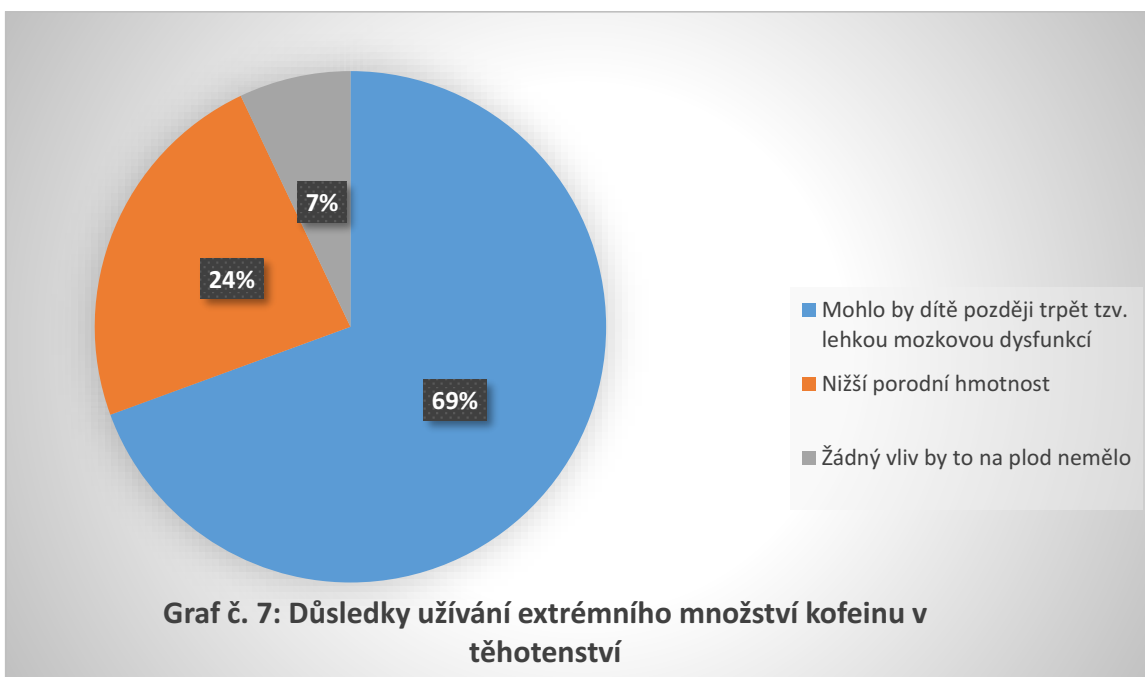


Následující tři otázky se věnují látce kofeinu. Mým prvním dotazem v této oblasti byla otázka „Může způsobit extrémní užívání kofeinu během těhotenství u plodu narušení vývoje orgánů?“ Jejich výsledky jsou i v grafu č. 5.

Ze zdrojů, které jsou uvedeny v teoretické části práce se dozvíme, že kofein nemá vliv na narušení vývoje orgánů, ale 49 % (42) respondentek se domnívá, že „ano“, 47 % (40) že „částečně ano“ a jen 4 % (3) si myslí, že „ne“. Co se týká znalostní stránky, tak v ní respondentky příliš neuspěly, pokud se zaměříme na vnímání případného rizika, i když v této otázce zbytečného, tak ho dívky vnímají.

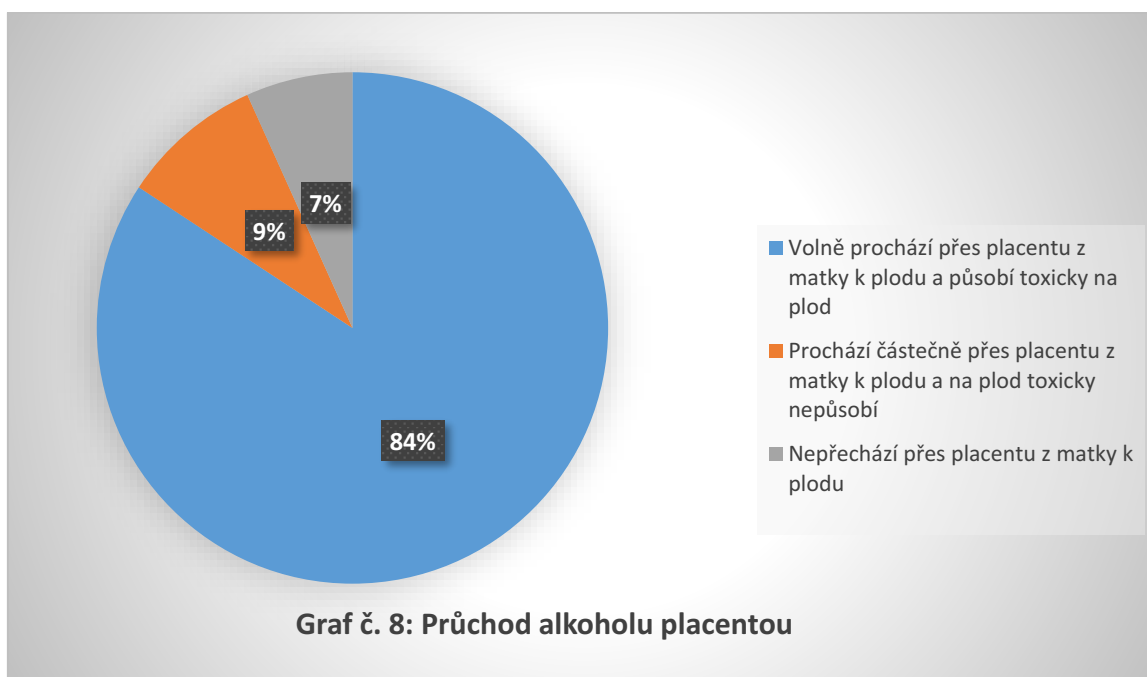


Když jsem se ptala, zdali ví „*Jaká dávka kofeinu se považuje za zdraví škodlivou (extrémní konzumaci)*“, 58 % odpovědělo správně, že „*Více než 300 mg denně.*“ Na odpověď „*Více než 200 g denně*“ odpovědělo 32 % (27) a poslední možnost „*Více než 400 mg denně*“ zadalo 1 % (9) dívek. Znamená to, že 43 % (36) nemá jasnou představu o extrémní dávce kofeinu, ale 90 % (76) dotázaných by si extrémní dávkou neublížilo. Otázku si můžeme prohlédnout také v grafu č. 6.

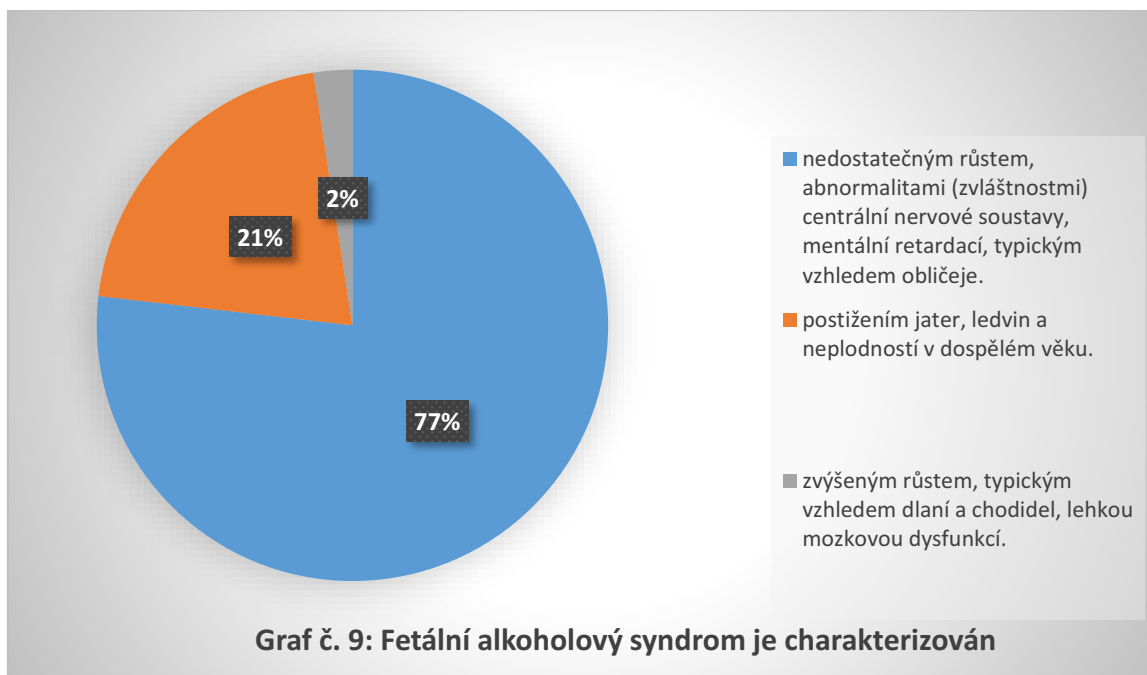


Graf č. 7 nám ukazuje zjištění znalostí u otázky, která je v přesném znění: „*V těhotenství by extrémní konzumace kofeinu měla za příčinu*“. Se 69 % (59) respondentek mylně domnívalo, že „*mohlo by dítě později trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí.*“ Správnou odpověď zvolilo

pouze 24 % (20) a s odpovědí „nižší porodní hmotnost.“ A posledních 7 % (6) si myslelo, že „žádný vliv by to nemělo“. Opět z pohledu znalostního respondentky v této otázce moc neuspěly, ale volily pro jistotu tu rizikovější variantu.

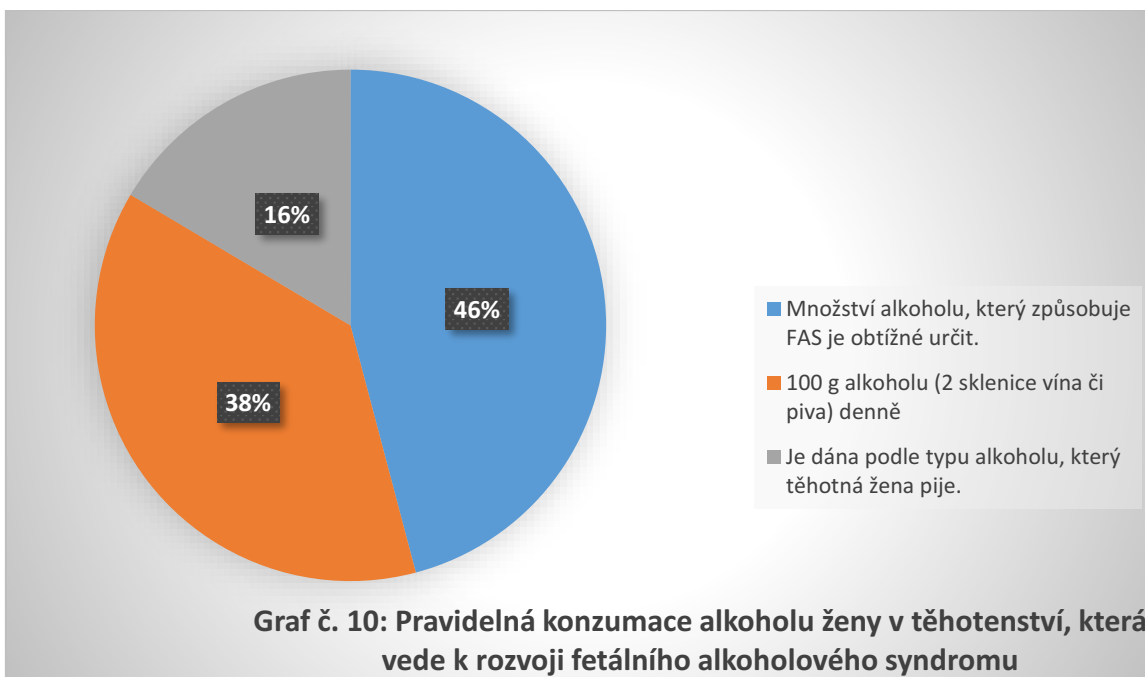


Další čtyři otázky byly zaměřeny na alkohol, kde jsem začala v podstatě dost jednoduchou otázkou (viz graf č.8), do jaké míry prochází alkohol placentou k plodu. Zadání bylo „Alkohol:“ a 84 % (75) dívek odpovědělo správně tzn. „volně prochází přes placentu z matky k plodu a působí toxicky na plod.“ Jen 9 % (8) vybralo odpověď „prochází částečně přes placentu z matky k plodu a na plod toxicky nepůsobí.“ A pouhá 2 % (2) si myslí, že „nepřechází přes placentu.“ Znalost je celkem vysoká, ale přesto u tak všeobecně známe věci jako ke škodlivé působení alkoholu na plod mi 11 % (10) chybně zvolených odpovědí přijde dost.

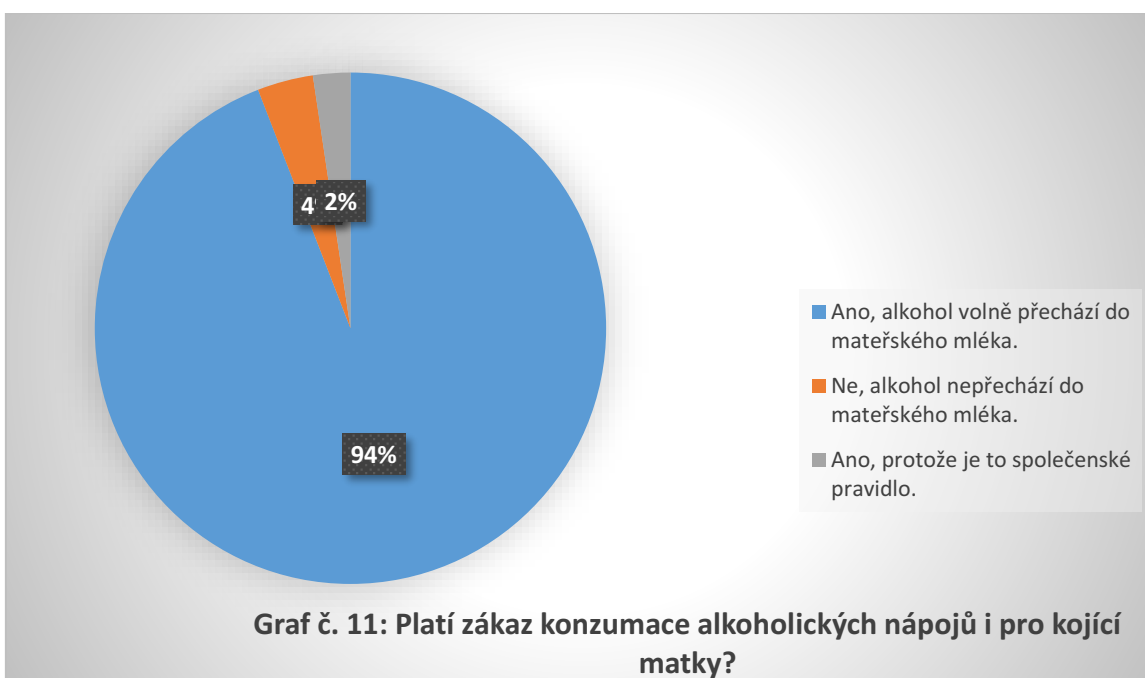


V otázce, která byla zaměřena FAS – fetální alkoholový syndrom, jsem se nezaměřovala na to, co FAS znamená, ale na to, co do FAS patří. „FAS – Fetální alkoholový syndrom je charakterizován:“. Na výběr bylo: „nedostatečným růstem, abnormalitami (zvláštnostmi) centrální nervové soustavy, mentální retardací, typickým vzhledem obličeje.“ Také můžeme vidět výsledky v grafu č. 9.

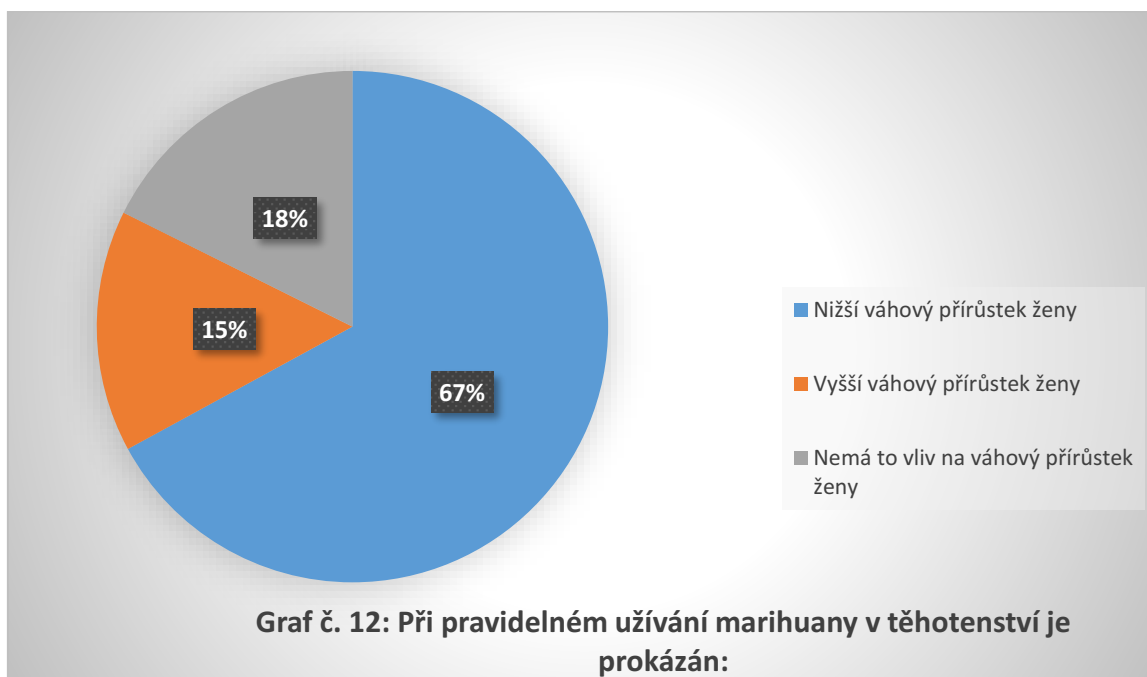
Což zvolilo 77 % (63) dotazovaných. V 21 % (17) byla vybrána varianta „postižením jater, ledvin a neplodností v dospělém věku.“ S odpovědí „zvýšeným růstem, typickým vzhledem dlaní a chodidel, lehkou mozkovou dysfunkcí“ souhlasilo 2 % (5). Odpověď s 21 % (17) mohla být vybírána z důvodů, že si respondentky propojily škodlivost alkoholu na játra, jinak tedy správná odpověď byla zvolena nejčastěji.



I další otázka se týkala FAS – Fetálního alkoholového syndromu a můžeme ji vidět v grafu č. 10 zněla takto: „Pravidelná konzumace alkoholu ženy v těhotenství, která vede k rozvoji FAS (Fetální alkoholový syndrom), je:“ Ze tří možných odpovědí vybralo 46 % (39) možnost „množství alkoholu, který způsobuje FAS je obtížné určit.“ Dalších 38 % (32) se domnívalo, že „100 g alkoholu (2 sklenice vína či piva) denně.“ Třetí variantu „daná podle typu alkoholu, který těhotná žena pije.“ zvolilo 16 % (14) dotázaných. V otázce zvolilo nejvíce procent respondentek správnou odpověď, ale v tomto ohledu by bylo třeba stejně pro ně informace upřesnit.

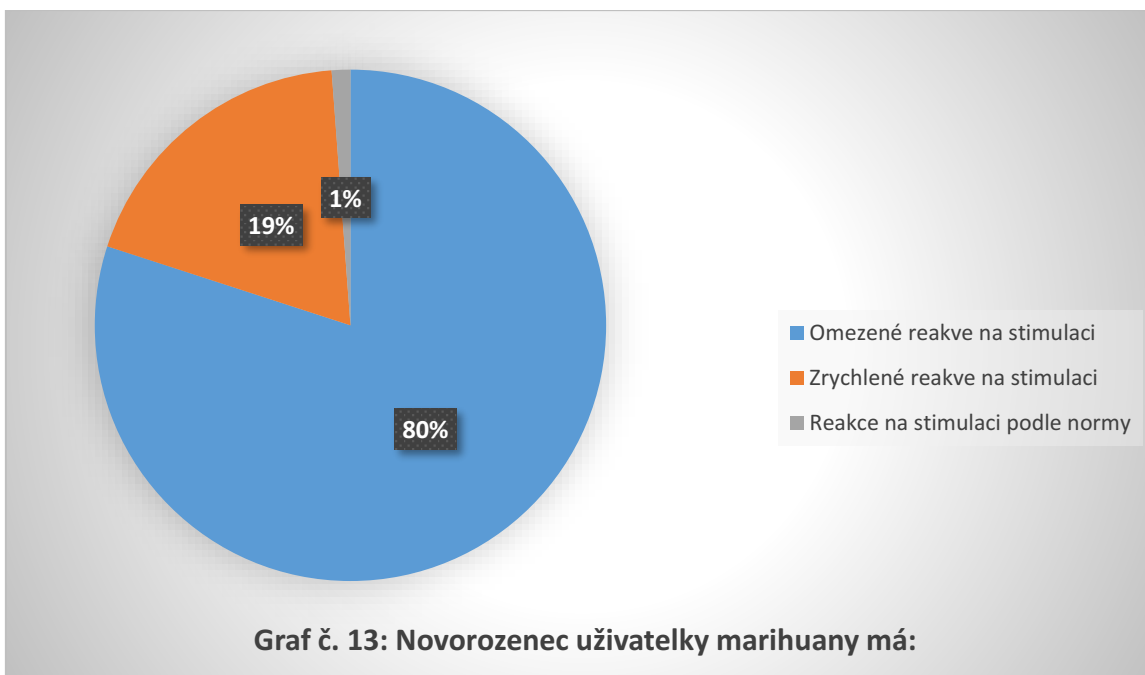


Poslední otázka z okruhu alkoholu byla: „*Platí zákaz konzumace alkoholických nápojů i pro kojící matky?*“. A můžeme ji vidět v grafu č. 11. Zde jsme se setkala s velmi pozitivní reakcí, protože 94 % (80) respondentek vědělo, že: „*Ano, protože alkohol volně přechází do mateřského mléka*“, 4 % (3) se domnívala, že „*Ne, alkohol totiž nepřechází do mateřského mléka.*“ Jen 2 % (2) dotázaných si myslela, že „*Ano, protože je to společenské pravidlo.*“ Lze usoudit, že v této otázce znalost byla dostatečná.

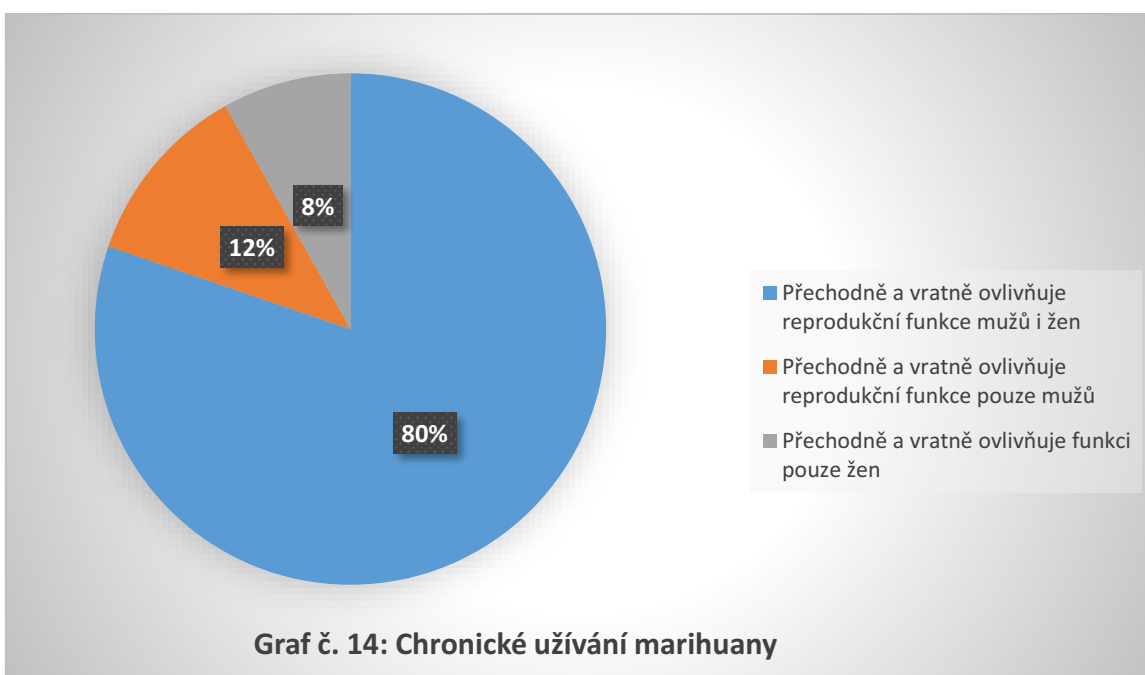


Další tři otázky mapovaly znalosti v užívání marihuany. V otázce „*Při pravidelném užívání marihuany v těhotenství je prokázán:*“ odpovědělo 67 % (57) „*nižší váhový přírůstek*“, 18 % (15) „*nemá to vliv*“ a 15 % (13) „*vyšší váhový přírůstek*“. (Viz graf č. 12).

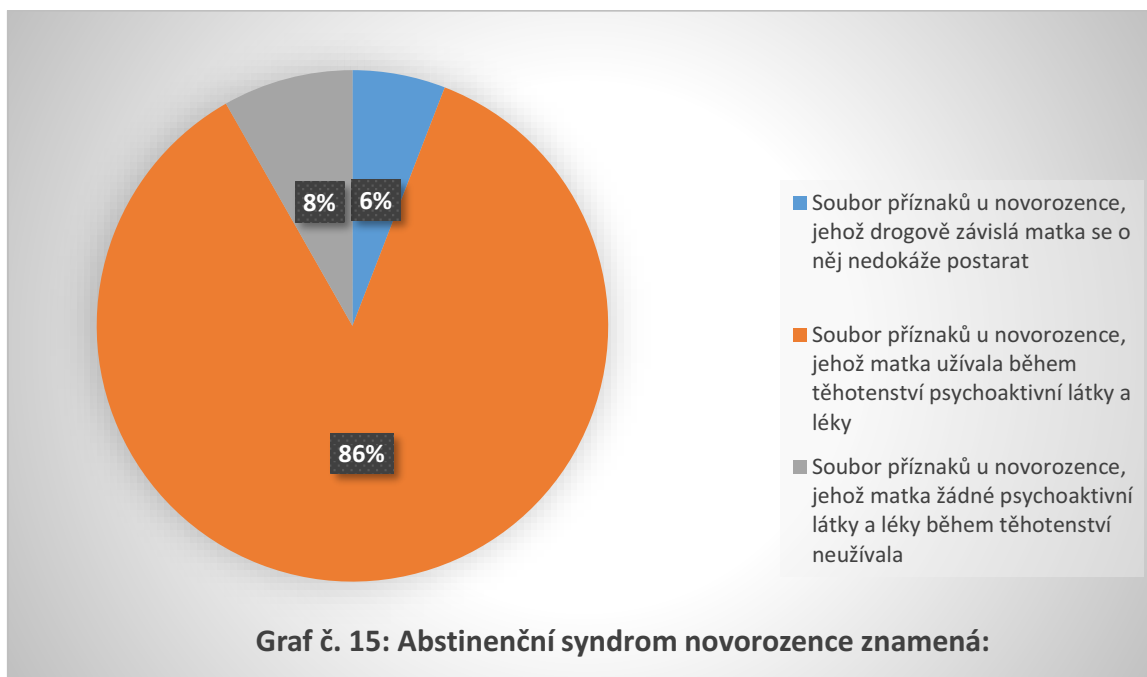
Správnou odpověď tedy zvolilo 67 % (57) a zbylých 32 % (28) by potřebovalo informace upřesnit, zvláště těch 18 % (15), které si myslí, že pravidelné užívání marihuany nemá v těhotenství vliv.



Co se týkalo otázky na vliv marihuany na novorozence, „*Novorozenec uživatelky marihuany má:*“. Tak jak můžeme vidět v grafu č. 13, vybralo 80 % (68) respondentek „*omezené reakce na stimulaci*“, což byla správně zodpovězená otázka počet, který ji zvolil byl poměrně velký. Odpověď „*zrychlené reakce na stimulaci*“ volilo 19 % (16) a pouze 1 % (1) si myslelo, že má „*reakce na stimulaci podle normy.*“ Lze tedy říct, že 99 % (84) dotázaných si jsou si vědomy vlivu marihuany na novorozence.



Třetí otázka, která se zabývala užíváním marihuany byla: „*Chronické užívání marihuany*“. A její odpovědi jsou i grafu č. 14, byli směřováni na reprodukční funkci z nichž 80 % (68) se domnívalo, že chronické užívání marihuany „přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů i žen.“ V odpovědi „přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů.“ se ukázalo 12 % (10). Variantu „přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce pouze žen“ zvolilo jen 8 % (7) dotázaných. Mohu tedy konstatovat velké množství respondentek si je rizika u obou pohlaví.



Poslední znalostní otázkou v mém dotazníku byl dotaz na abstinční syndrom novorozence, procenta odpovědí vidíme i grafu č.15 a přesné znění otázky bylo: „*Abstinční syndrom novorozence znamená:*“ na výběr byli tři odpovědi a z dotázaných vybralo 86 % „soubor příznaků u novorozence, jehož matka užívala během těhotenství psychoaktivní látky a léky.“ Odpověď „soubor příznaků novorozence, jehož matka žádné psychoaktivní látky a léky během těhotenství neužívala.“ zvolilo 8 % (7) dotázaných. V případě odpovědi „soubor příznaků u novorozence, jehož drogově závislá matka se o něj nedokáže postarat.“ byl počet odpovědí 6 % (5). Dalo by se říci, že znalost byla na dobré úrovni a 14 % (12) potřebovalo informaci upřesnit.

O tom, zda se o tématu rizicích vybraných látek v těhotenství učily dotázané ve škole zjišťovala otázka „*Učila jsem se někdy ve škole o rizicích užívání nikotinu, alkoholu, marihuany a kofeinu v těhotenství?*“ s čtyřmi možnými nabídkami. Kde nevyšší počet dotázaných, což bylo 34 % uvedl, že „*Ne, toto téma jsme nikde neprobírali.*“ Ale za to 29 % (25) je probíralo „*Ano, probírali jsme toto téma společně s návykovými látkami (v předmětu, který k tomu přísluší).*“

26 % (22) pak uvedlo, že „*Ano, probírali jsme to ve vícero předmětech.*“ S tímto tématem se 11 % (9) respondentek setkalo v určitých předmětech, to je vidět v odpovědi „*Ano, probírali jsme toto téma společně s biologií člověka či sexuální výchově.*“ Řekla bych, že 34 % (29), které toto téma vůbec ve škole neprobíraly je velké procento. Zároveň je i poměrně malé procento dívek, které se setkaly s tímto tématem ve vícero předmětech, k tomu se dostanu u další otázky. Celkově se k 66 % (76) respondentkám dostanou informace v některém předmětu v rámci školy.

V otevřené otázce „*Pokud jste ve škole probírali rizika užívání nikotinu, alkoholu, marihuany a kofeinu v těhotenství ve vícero předmětech*“ měly možnost dívky vypsát různé předměty. Celkově na tuto otázku odpovědělo 44 respondentek. Z toho 14 % (6) uvedlo pouze jeden předmět a zbylých 86 % (38) uvedlo více předmětů. Dohromady těchto 44 respondentek napsalo 91 předmětů z toho nejčastější byla *biologie*, tu uvedly 29 % (26), druhým nejčastěji uváděným předmětem s počtem 25 % (23) byla *psychologie*, na třetím místě se umístila *pedagogika*, ta měla počet 25 % (23). Mezi dalšími zmiňovanými předměty byla *občanská výchova* s počtem 5 % (5), s počtem 4 % (4) se umístilo *ošetřovatelství* a *výchova ke zdraví*, předmět *chemie* měl počet 3 % (3). Předměty napsané po jednom byly: *rodinná výchova*, *somatologie*, *společenské vědy*, *český jazyk*, *klinická propedeutika*, *dramatická výchova*, *sexuální výchova*. Mimo předměty byla v počtu 2 % (2) napsána *přednáška*. Jedna kolonka neměla vyplněný žádný předmět.

Počet respondentek neodpovídal, tomu že tuto otázku měly vyplňovat pouze ty, které v předchozí otázce zvolily „*Ano, probírali jsme to ve vícero předmětech*“, těch bylo 22 nikoliv 44.

Další věcí, která výsledky ovlivnila je počet respondentek z jednotlivých škol a jejich odborné předměty, které v dané škole mají. Je zřejmé, že největší zastoupení v 41 studentek pedagogické školy ovlivnilo počet předmětu *pedagogika* a *psychologie*.

Otázka, která zjišťovala jestli se setkaly respondentky s informacemi o rizicích vybraných látek v těhotenství i mimo školu v znění otázky „*Setkala jsem se s informacemi o rizicích užívání nikotinu, alkoholu, marihuany a kofeinu v těhotenství mimo školu ?*“ uvedlo 66 % (56), že „*Ano*“ a 34 % (29), že „*Ne*“, v podotázce pro ty, které se setkaly mimo školu – „*Pokud jsem se s těmito informacemi již někde setkala, napiš kde:*“ Odpovědělo 50 a 6, které sice uvedly, že se s těmito informacemi setkaly mimo školu již podotázku nevyplnily.

Z 50 respondentek, které tuto položku vyplnily jsem celkově získala 81 zdrojů, kde s informacemi setkaly mimo školu. Z celkově z nich 54 % (23) uvedlo více než jeden zdroj kde se s tématem setkaly a 46 % (23) respondentek uvedlo pouze 1 zdroj. Z celkových odpovědí

jsem vybrala nejčastěji zmiňované zdroje, a to jak u odpovědí s jedním zdrojem, tak s více zdroji.

Nejčastěji, a to v počtu 28 % (23) byl zmíněn internet, v 15 % (12) zaznělo, že s tímto tématem setkaly doma v rodině, zdroj informací jako je přednáška a kamarádi byl volen stejným počtem a to 9 % (7) film, reklama, dokument a televize zmínily 4 respondentky a zdroj tiskovin jako je kniha, časopis, leták, noviny byl napsán v 7 % (6).

Všechny zmíněné zdroje, až na knihu a přednášku, nesou riziko nepřesných informací, a to zejména internet. Což se promítlo i v některých znalostních otázkách. Za důležité bych z tohoto výsledku považovala fakt, že by se studentky měly dobře naučit orientaci ve zdrojích a prokázat kompetenci v porovnávání předložených informací a zdrojů, pomoci by jim měla být základní i hlubší znalost získaná ve škole.

Zajímavou otázkou by bylo, z jakých informačních kanálů a stránek respondentky informace získávaly.

Další otázka zjišťovala, zda by se dívky chtěly o tématu chtěly dozvědět více. Na otázku: *Chtěla bych se dozvědět o tomto tématu více informací?*“ zvolilo 84 % (71), že „*Ano*“ a 16 % (14) „*Ne*“. V rámci dalšího rozpracování této otázky by bylo přínosné zjistit, proč by se chtěly dozvědět či nedozvědět o tématu více, ale to nebylo cílem tohoto dotazníku.

Ačkoliv následující otázka byla mířena na respondentky, které by se chtěly dozvědět více, odpovědi jsem dostala i od některých dívek, které volily v předchozí otázce „*Ne*“. Otázka zněla: „Pokud by ses chtěla dozvědět o tomto tématu více informací, jakou formu bys preferovala?“

Celkem jsem dostala na tu to otázku 77 odpovědí, na výběr měly dívky čtyři možnosti. Odpověď „*práce s příběhem*“ získala 40 % (31), hned za ní se umístila s počtem 39 % (30) „*práce s dokumentárním filmem a pracovní list*“, „*přednáška s pracovním listem*“ by si vybralo 19 % (15) dotázaných a jen 1 % (1) by mělo zájem o „*pomocí brožurky a kontrolních otázek*“.

Tuto otázku jsem zadala, aby mi pomohla vybrat způsob jakým bych později měla dívky při výuce o tomto tématu informovat. Pro pozdější tvorbu pedagogického výstupu jsem si vybrala „*práce s příběhem ve skupinách*“.

Úplně poslední otázkou bylo „*Byl pro mě dotazník srozumitelný?*“ kde opět mohly dotazované volit mezi čtyřmi odpověďmi. Ukázalo se, že varianta „*Ano, ale byl obtížný na znalosti*.“ získala nejvyšší procento a to 65 % (55), 28 % (24) uvedlo „*Ano, naprosto*.“ a 7 % (6) „*Byl srozumitelný jen z části*.“ Variantu „*Ne, nerozuměla jsem tomu, na co se mě v dotazníku ptáte*.“ nikdo nezvolil, měla tudíž 0 %.

Výsledek s 65 % (55) si vysvětlují tak, že dívky toto téma neprobíraly ve škole či mimo školu do hloubky a některé hluší konkrétní otázky v znalostní oblasti se jim mohly zdát náročné.

4.3 Komparace dat

Zde se podíváme na 3 respondentky, které měly v dotazníku ojedinělé odpovědi, navíc tyto odpovědi se a až na tyto výjimky v odpovědích vůbec nevyskytly. Uvidíme, jak tyto respondentky odpovídaly v jiných otázkách.

U otázky „*Přemýšlela jsi někdy o tom, že užívání nikotinu, alkoholu, marihuany a kofeinu během těhotenství má vliv na plod?*“ Jedna respondentka z 85 dotázaných odpověděla „*Nikdy jsem o tom nepřemýšlela.*“ Této respondentce bylo 17 let a navštěvuje Obchodní akademii v Chrudimi a z 15 znalostních otázek odpověděla 13 (87 %) správně, otázky, které zodpověděla špatně byly: „*Nikotin (látko obsažená v tabákových výrobcích):*“, kde zvolila variantu „*přechází k částečně přes placentu z matky k plodu*“, dále to byla otázka „*Může způsobit extrémní dávka kofeinu během těhotenství u plodu narušení vývoje orgánů?*“ tady byla zvolena varianta „*částečně ano*“ a poslední chybně zvolená otázka byla „*Při pravidelném užívání marihuany v těhotenství je prokázán:*“, její odpověď byla „*vyšší váhový přírůstek.* U otázky „*Užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se v těhotenství:*“ zvolila „*nedoporučuje.*“ Respondentka uvedla, že toto téma ve škole neprobírali, ale setkala se s ním mimo školu. Neuvedla kde mimo školu, políčko zůstalo nevyplněné. V otázce „*Chtěla bych se dozvědět o tomto tématu více*“ uvedla, že „*Ano.*“ Preferovaná forma by byla „*práce s příběhem ve skupinách*“ a v otázce „*Byl pro mě dotazník srozumitelný?*“ zvolila „*Ano*“, ale náročný na znalosti.“ V kontextu, že nad tímto tématem nikdy nepřemýšlela jsou její výsledky opravdu dobré. U špatně zvolených odpovědí se nejednalo o odpovědi, které by naznačovaly vyloženě protichůdnost ve znalostech.

V rámci dotazníků jsem našla ještě další dvě ojedinělé odpovědi, a to na otázku „*Nejrozšířenější závislost u českých těhotných je:*“, jedna jediná odpověď ze všech 85 dotázaných byla „*kouření/požívání marihuany*“. Další ojedinělá odpověď byla v otázce „*děti žen, které v těhotenství kouřily cigarety*“, kdy z 85 dotázaných pouze 1 odpověděla „*nejsou nijak ohroženy.*“ Když jsem si oba dotazníky prohlédla, zjistila jsem, že se jedná o tu samou respondentku. Její 18 let a navštěvuje ZŠ a OŠ Horšovský Týn. O tématu „*Přemýšlela, ale nijak zvlášť.*“ Z 15 znalostních otázek měla 11 špatně zodpovězených tj. 73 %.

Správné odpovědi byli v otázkách: „*Pobyť těhotné v zakouřených uzavřených prostorách zvyšuje u plodu riziko:*“, „*V těhotenství by extrémní konzumace kofeinu měla za příčinu:*“, „*Pravidelná konzumace alkoholu ženy v těhotenství, které vede k rozvoji FAS (Fetální alkoholový syndrom), je:*“ a „*Chronické užívání marihuany:*“ V dalších otázkách zodpověděla „*Ne, toto téma jsme nikde neprobírali.*“ a na otázku, zda se s tímto tématem setkala mimo školu, uvedla „*Ne*“.

Z dostupných odpovědí lze usoudit, že respondentka je neinformovaná a s informacemi se nesešla, podle znalostních otázek neměla základní povědomí o tématu a čtyři správné odpovědi, které šly poměrně do hloubky tématu mohla zvolit náhodně.

4.4 Diskuze

Po vyhodnocení dat, která jsem prostřednictvím dotazníku získala mohu dojít k jednotlivým závěrům podle stanovených cílů na začátku.

Mým hlavním cílem bylo zjistit na základě počtu správných odpovědí, co vybraný vzorek dívek ve věku 16–18 let ví o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství a na základě toho vytvořit vhodný pedagogický výstup. Pomocí 15 zodpovězených otázek znalostního charakteru jsem zjistila, jaká je míra informovanosti vybraného vzorku. Na hlavní výzkumnou otázku, jaké vědomosti mají žákyně z vybraného vzorku o rizicích alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu. Odpovídají získaná data tak, že respondentek bylo celkem 85 a znalostních otázek 15, což znamená, že by maximální počet správných odpovědí mohl dosahovat 1275. Celkem jsem získala od respondentek 748 správných odpovědí, tedy 59 %. Na to se můžeme přehledně podívat i tabulce č.1. Z toho lze usoudit, že žákyně mají základní znalosti, povědomí, ale mohou postrádat hlubší znalosti a propojení jednotlivých informací do celku.

Tabulka č.1, Celkový počet správných odpovědí ve znalostních otázkách.

Znalostní otázky	Maximum správných odpovědí	Dosažený počet správných odpovědí	Výsledky správných odpovědí v %
1."Nejrozšířenější závislost u českých těhotných je:"	85	40	47 %
2."Děti žen, které v těhotenství kouřily cigarety:"	85	45	53 %
3."Nikotin (látka obsažená v tabákových výrobcích):"	85	50	59 %
4."Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách zvyšuje u plodu riziko:"	85	18	21 %
5."Může způsobit extrémní užívání kofeinu během těhotenství u plodu narušení vývoje?"	85	3	4 %
6."Jaká dávka kofeinu se považuje za zdraví škodlivou (extrémní konzumaci)?"	85	49	58 %
7."V těhotenství by extrémní konzumace kofeinu měla za příčinu:"	85	20	24 %
8."Alkohol:"	85	75	88 %
9."FAS-Fetální alkoholový syndrom je charakterizován:"	85	63	74 %
10."Pravidelná konzumace alkoholu ženy v těhotenství, která vede k rozvoji FAS (Fetální alkoholový syndrom), je:"	85	39	46 %
11."Platí zákaz konzumace alkoholických nápojů i pro kojící matky?"	85	80	94 %
12."Při pravidelném užívání marihuany v těhotenství je prokázán:"	85	57	67 %
13."Novorozenec uživatelky marihuany má:"	85	68	80 %
14."Chronické užívání marihuany:"	85	68	80 %
15."Abstinenční syndrom novorozence znamená:"	85	73	86 %
Celkem	1275	748	59 %

Když se podíváme na výsledky znalostí u jednotlivých návykových látek vychází, že největší znalost mají dívky u alkoholu a marihuany. Z maxima 340 správných odpovědí dosáhly ze 4 otázek na alkohol 257, což je 76 %. U marihuany ze 3 otázek, které daly dohromady maximum 255 správných odpovědí, jsem získala od respondentek 193, tedy 76 %. Znalosti ze 3 otázek na nikotin, které dohromady daly maximum možných správných odpovědí 255, jsem získala 113 správných odpovědí, což je 44 %. To není příliš dobrá znalost. Nejméně toho věděly respondentky o rizicích kofeinu. Ze 3 otázek, které tuto oblast mapovaly mohly celkově dosáhnout 255 správných odpovědí, ale získaly pouze 72, to je jen 28 %. Z 2 otázek, které se vztahovaly k rizikům vybraných látek všeobecně, možných 170 správných odpovědí získaly 113, tedy 67 %. Což opět ukazuje na znalost základních informací, ale znalosti nebudou příliš do hloubky.

Dalším cílem bylo zjistit, zda se vybraná skupina o tomto tématu učila ve škole. Odpověď na výzkumnou otázku: „Učily se vybrané dívky o tomto tématu ve škole? Jsem získala informaci, že ve škole se s tím setká z 85 dívek jen 66 % (56), což podle mě není příliš vysoké číslo a poukazuje to, že ve škole ta to tematika chybí a bylo by potřeba ji do výuky zařadit. Hlavně z důvodu, že 34 % (29) dívek z dotázaných přijde k informacím různým způsobem a informace nemusí být vždy správné.

Na to navazuje další cíl, kde jsem chtěla zjistit, zda se vybrané respondentky s informacemi setkávaly i mimo školu. Na otázku: „Setkaly se dívky s tímto tématem mimo školu?“ Vyšel výsledek číslo 66 % (56), zde se dá považovat za vyšší, ale nevíme, kolik z tohoto počtu jsou dívky, které mají informace jak ze školy, tak mimo školu. Jistě víme, že 34 % (29) se s informacemi mimo školu nesešla. Dá se uvažovat nad tím, kde a jak dále dívkám toto téma přiblížit. A jak by pro výuku o tomto tématu mohlo být přínosné například porovnávání informací, které jsou získány ve škole a které mimo školu.

V posledním stanoveném cíli, který mapoval motivaci dozvědět se o tématu více. Jsem získala na výzkumnou otázku: Chtějí se dívky o tomto tématu dozvědět více?“ tyto výsledky. Většina dívek tj. 84 % (71) by měla o zájem se dozvědět více, zbylých 16 % (14) ne. Tady docházím k závěru, že připravit pedagogický výstup – projekt by bylo vhodné a žádané. Zajímavou otázkou by bylo, jak již zmiňuji u popisu otázky v praktické části, proč by se chtěly dozvědět či nedozvědět o tématu více, ale to nebylo cílem tohoto dotazníku.

Pokud bych se měla zamyslet nad tím, jak bych příště s dotazníkem pracovala, tak bych ráda měla ve vzorku stejný počet respondentek jak věkových kategorií, typů škol abych je případně mohla porovnávat mezi sebou. Také bych lépe upřesnila otázku ohledně předmětů, v kterých se s tématem setkávají, aby byl výsledek přesnější.

5 Pedagogický výstup

Na základě vyhodnocení znalostního dotazníku jsem pro žákyně vytvořila vhodný projekt, ve kterém budou moci prohloubit, upevnit a upřesnit své znalosti v oblasti rizik užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství.

Projekt bude na 4 hodiny, určený pro žákyně střední školy ve věkové kategorii 16–18 let. Měl by jít použít jako samostatný blok, nebo rozdělit do několika vyučovacích hodin.

Skládá se z 5 částí – úvodní, evokace, vlastní aktivita, shrnutí a reflexe. U každé z částí je uveden cíl, náplň, výstup, potřebné pomůcky a časový rozsah, který je spíše teoretický. Projekt nebyl ještě vyzkoušený z důvodu zavření škol v době, kdy jsem ho vypracovávala.

TÉMA PROJEKTU: Rizika užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství

CÍLE:

Hlavní:

- 1) Upevnit a upřesnit již získané informace
- 2) Prohloubit znalosti v tomto tématu, zejména jakým způsobem vybrané látky těhotenství ovlivňují
- 3) Motivace k zamyšlení, jak se mohu v rizikové situaci, která je spojena s těhotenstvím a vybranými návykovými látkami, zachovat
- 4) Motivace k dalšímu zájmu o toto téma

Vedlejší:

- 1) Kooperace ve skupině
- 2) Kompetence komunikace ve skupině
- 3) Kompetence k vyjádření sama sebe, svých pocitů a dojmů
- 4) Zjištění vlastních hranic a možností

METODY A AKTIVITY: brainstorming, skupinová práce, práce s příběhem, srovnávání informací, práce s pracovním listem, diskuze, prezentace před ostatními, dedukce pomocí zadaných pojmů a informací, popis vlastních pocitů a zážitků, možnost sdílení s ostatními

OČEKÁVANÝ VÝSTUP: Žákyně by si měla odnášet ucelené informace o vlivu vybraných látek na těhotenství. Měla by sama dokázat porovnat předložené informace a možná řešení rizikových situací a být motivována k dalšímu vyhledávání informací o tomto tématu.

POTŘEBNÉ POMŮCKY K PROJEKTU:

Krabice, dudlík, cigareta, malá lahvička od alkoholu, zrníčka kávy, koření majoránka zahradní v sáčku, těhotenský test, 2x fixy lihové – červená, zelená, psací potřeby (krabičky s fixami, pastelkami), lepenka (nebo papírnická žvýkačka), role balícího papíru (tak, aby každý kus zhruba 160 cm vystačil pro čtyři skupiny a nám na psaní), materiál s informacemi (kde budou uvedeny v textu správné informace o jednotlivém fungování vybraných látek), čtyři příběhy žen, vystřihnutá silueta dívky (v počtu dívek, které se budou účastnit), volné papíry, pracovní list.

1) ÚVODNÍ ČÁST

Cíl: Cílem této úvodní aktivity je vzbudit v dívkách zvědavost, o čem projekt a strávený čas bude, a navození příjemné atmosféry tak, aby se mohly těšit na další aktivity.

Potřebné pomůcky:

krabice, dudlík, cigareta, malá lahvička od alkoholu, zrníčka kávy, koření majoránka zahradní v sáčku, těhotenský test.

Časový rozsah: 25–35 min.

Výstup: Žákyně by měly vědět, co je bude čekat, s jakým tématem se bude pracovat.

Náplň: Řekneme žákyním, že je dnes čeká práce v projektu (pokud se navzájem neznáme, je dobré si napsat nejprve na lepící štítky jména, podle volby si buď vykat, nebo tykat).

Poprosíme je, aby si sedly do kruhu (pokud už takhle automaticky nasedí), a řekneme, že jejich prvním úkolem bude zkusit uhádnout, čeho se přesně téma bude týkat, ale že dostanou nápovědu v podobě krabice, do které sáhnou a budou tam moct nahmatat několik věcí, které nám napoví. Mezi tím, co krabice koluje, o tom nemluví, protože my si pak věci společně ukážeme a téma upřesníme.

Až krabice dokoluje, dáme šanci na první možnosti s dotazy: Co podle vás v krabici bylo? Jaké téma vám to evokuje?

Pak věci z krabice vyndáme (ony si věci mohou prohlédnout a upozorníme, že „marihuana“ v sáčku je pouze majoránka zahradní) a znovu dáme možnost se hádat a upřesňovat téma, které nás čeká. Podle toho, jestli uhodnou, nebo ne, téma upřesníme, nebo prozradíme. Pokud nám zbývá čas, zeptáme se, co od projektu s tímto tématem čekají. Tím končí úvodní část.

2) EVOKACE

Cíl: Cílem této části je uspořádání informací, které žákyně mají. Porovnání informací mezi sebou.

Potřebné pomůcky: balící papír, lepenka (papírnická žvýkačka), 2x červené lihové fixy.

Časový rozsah: 20–30 min.

Výstup: Žákyně by si po této části měla uvědomit, co sama o tématu ví a neví.

Náplň: Řekneme studentkám, že další aktivitou bude zamyšlení, co vlastně o tomto tématu víme, a možnost si to společně napsat. Mezitím jim dáme čas na přemýšlení o otázkách: Jaký vliv má podle mě užívání alkoholu, tabáku, nikotinu a kofeinu v těhotenství? Co jsem se o tom už dozvěděla? Připevníme balící papír na viditelné dostupné místo (klidně i doprostřed kruhu). Pak dáme prostor, aby žákyně to, co ví, napsaly červenou fixou na balící papír. Své myšlenky chodí psát po jednom – max. po dvou a zároveň je řeknou ostatním nahlas.

Když toto dokončíme, můžeme společně ještě napsané věci shrnout, v případě dostatku času obohatit o dotazy např. kde se s informacemi setkaly nebo zda u určitých informací, které napsaly, ví, jak přesně fungují.

Tím nám skočí druhá část.

3) VLASTNÍ AKTIVITA

Cíl: V prostřední části projektu by měly žákyně upevnit a upřesnit své dosavadní informace. Získat také hlubší informace k tématu. Uplatnit kompetenci rozhodování se v rizikové situaci, uplatnit kompetenci komunikace ve skupině, rozhodování ve skupině. Umět vybrat stěžejní informace, pracovat s nimi a dokázat je použít při další práci.

Časový rozsah: 90 min.

Pomůcky: balící papír formátu cca 160 cm, fixy, pastelky, materiály s informacemi o vybraných návykových látkách, příběhy žen – pro každou skupinu jeden (já mám 4), případně papíry na psaní.

Výstup: Výstupem jsou dodělané příběhy žen a zodpovězené otázky, které dívky dostaly a kde musely při tomto dotváření použít své dosavadní znalosti, ale i informace nově získané z materiálů (který jim dám), v rámci těchto příběhů také musely žákyně uplatnit své rozhodovací schopnosti a vhodnou strategii komunikace ve skupině. Posledním výstupem je prezentace příběhu ženy před ostatními skupinami.

Náplň: Žákyním vysvětlíme, že je čeká práce s jednotlivými příběhy a následná jejich prezentace po skupinách, ve kterých budou. Další podrobnější instrukce dostanou až budou v oněch skupinách. Rozdělíme je do čtyř skupin (jakým způsobem – záleží na typu kolektivu, pokud ho dobře známe).

Když už jsou dívky rozdělené, tak jim poskytneme další pokyny. Každá skupina dostane příběh jedné ženy, která vám prostřednictvím malého sdělení chce o sobě a své situaci něco říct. Jejím úkolem ve skupině bude si její sdělení přečíst, říct si o čem sdělení je a vytáhnout určitou její charakteristiku, vlastnosti a zmapovat jaký její život může být. Pomocí vlastních znalostí a materiálu s informacemi o návykových látkách dotvoří variantu, jak její příběh může dopadnout a proč, jak a kam to může hůře vést, co se dá v jejím případě dělat a do obkreslené postavy balícího papíru pomocí fixů a pastelek celý úsudek o postavě heslovitě zapsat.

Až každá skupina bude mít svou postavu hotovou a vymyšlený úsudek, přijde čas, aby i my ostatní se o ní dozvěděli skrze vaše představení postavy.

U každé skupiny a její prezentace pak může následovat diskuze o tom, jak by to mohlo být jinak, jaká nejhorší varianta by mohla nastat atd. Žákyně mají prostor pro spontánní dotazy směrem ke skupině.

Důležité je na konci všech prezentací příběhy ukončit, říct, že se posouváme dál, aby se nám tato část nevěkla. Zde jsou příběhy, s kterými budou žákyně ve skupinkách pracovat. Materiál s informacemi je součástí přílohy č. 2.

Příběhy do skupin

1) Ahoj, jmenuji se Lenka. Jsem moc ráda, že si můžete přečíst můj příběh. Totiž... pracuji jako učitelka ve školce v jednom malém městečku kousek od Prahy. Ráda maluji a chodím do přírody. Na kurzech malby jsem se také setkala se svým manželem Petrem. Jsme spolu od svých 23 let a rozhodli jsme se, že spolu budeme mít dítě. Jenže... také od svých sedmnácti let kouřím nejméně čtyři cigarety denně. Když jsme se s Petrem začali o miminko snažit, tak jsem mu slíbila, že s cigaretami skončím. No, nakonec se mi otěhotnět podařilo, ale zbavit cigaret ne. Ted' jsem ve druhém měsíci a snížit počet cigaret denně se mi pořád nepodařilo....

2) Ahoj, jmenuji se Jana, miluji umění, hlavně grafiku. Proto jsem šla taky z devítky na uměleckou průmyslovku. Ale nebudeš věřit, co se mi stalo... Ve čtvrtáku jsme jeli na poslední rozlučkový výlet, co ti budu povídat, hodně jsme tam slavili, že jsme, dokončili střední, a tak jsme dost pili a já se prostě vyspala s bráchou mého spolužáka, který tam jel taky. Přes celé léto jsem teda dost pila a slavila, a tak mi i nějak uniklo, že nemám pravidelně menstruaci a jsem v tom. Ted' jsem ve třetím měsíci a mám totální strach z toho, co bude, když jsem celý první tři měsíce těhotenství pila.

3) Ahoj, jmenuji se Ela. Ráda bych ti pověděla svůj příběh, ačkoliv ho nikde moc nevyprávím. Když jsem byla malá, tak jsem žila jen s babičkou, a v pubertě jsem se snažila dostat co nejdříve z domu pryč, nezajímalo mě jít někam na školu, hlavně vypadnout a být v klidu. Začala jsem pracovat jako prodavačka v jednom malém obchůdku u Václaváku v Praze. Tam jsem se také seznámila s Radkem. Začali jsme spolu bydlet, ale také dost hulit trávu. Ted' jsem v pátém měsíci a marihuanu si dám alespoň jednou týdně.

4) Ahoj mé jméno je Simona, kamarádi mi říkají Simča. Od malička jsem hodně aktivní, dělala jsem závodně gymnastiku a pak tanec. Projít školou pro mě bylo velice snadné, učení mi šlo vždycky dobře. Díky tomu jsem asi dostala i snadno na práva. Svoji životní lásku jsem potkala už na sportovním gymnáziu. Po patnácti letech, co se známe, spolu čekáme dítě, moc jsme si to přáli, ale pořád jsem pracovně vytížená. Nedovedu si i během těhotenství odepřít kávu, colu, zkrátka nápoje, co obsahují kofein. A to jsem už v sedmém měsíci.

4) SHRUTÍ

Cíl: Cílem shrnutí je dát nové informace do přehledu, tak aby si je žákyně po náročné předchozí části ukotvily a zklidnily případné emoce po příbězích. Cílem také je vrátit žákyně zpět k faktickým informacím.

Časový rozsah: 20 min.

Pomůcky: pracovní list (je součástí přílohy č. 3), tužka nebo něco na psaní, případně desky, na kterých mohou pracovní list vyplňovat, vrátíme zpátky doprostřed i balící papír (který jsme použily na začátku s informacemi, které už znaly), zelené lihové fixy 2x.

Výstup: Žákyně by si měly odnášet vyplněný pracovní list, ve kterém budou mít k dispozici jasně vyplněné informace k tématu. Pomocí nově doplněných informací by si měly ujasnit, co věděly a v čem mohly být aktivity přínosem.

Náplň: Už budeme opět všichni pohromadě v kruhu, doprostřed dáme zpátky balící papír s informacemi, které dívky věděly na začátku. K němu dáme zelené fixy a rozdáme také studentkám pracovní list. Sdělíme jim zadání, že teď si společně informace ještě projdeme a doplníme do listu a zeleně do balícího papíru (to, co pro nás bylo dnes nové).

Až celý pracovní list doplníme a uvidíme i balící papír, kde bude červeně napsané, co věděly na začátku a zeleně, co se dnes nového dozvěděly, můžeme se zeptat – jak porovnání toho, co věděly a co se dozvěděly vnímají.

Tím končí část shrnutí.

5) REFLEXE

Cíl: Cílem reflexe je dát prostor pro vlastní vyjádření pocitů, dojmů, zážitků objevení a dalších duševních, ale vědomostních procesů, které se během projetu v našem nitru a myšlenkových pochodech udály. Jde i o celkové zhodnocení programu.

Časový rozsah: 30-45 min.

Pomůcky: vystřižená papírová panenka (počet kusů takový jako je počet účastnic), něco na psaní, pastelky, fixy.

Výstup: žákyně by měly odcházet s pocitem, že dojmy i informace mají ukotvené a své pocity mohly sdílet s ostatními. Na památku jim zůstane papírová panenka, v které budou mít svůj zážitek z tohoto programu napsaný či jinak graficky vyjádřený.

Náplň: Žákyním řekneme, že to je již poslední část dnešního programu a bude pouze o nich, o jejich pocitech a dojmech. K dispozici jim bude papírová panenka, do které mohou napsat vše, co je pro ně z dnešního dne důležité jak pocitově, tak informačně. K vyjádření svých dojmů mohou využít i grafické zpracování barvy atd. Až panenku dodělají, tak se vrátíme zpátky do kruhu a ten, kdo bude chtít ostatním sdělit, co si tam napsal nebo nakreslil nebo i něco ještě říct k tomu, co tady přes celý ten čas proběhlo, tak bude mít příležitost. (Podle typu kolektivu můžeme buď volit, že se mluví ve směru kruhu nebo jiná metoda např. putující předmět a ten, kdo ho má, může mluvit a předává ho).

Na závěr všem poděkujeme a rozloučíme se. (V případě, že bych projekt dělala na škole, kde neučím, tak bych mohla ještě dívkám rozdat na papírku tři otázky, aby zhodnotily moji práci v projektu a náplň aktivit atd.).

Závěr

Cílem práce bylo zjistit na základě počtu správných odpovědí z dotazníku znalostu o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu u vybrané skupiny dívek ve věku 16-18 let a podle těchto výsledků vytvořit vhodný pedagogický výstup.

Aby byl tento výstup adekvátní zjištěným znalostem, které vybraná skupina respondentek má, byl jim poskytnut dotazník s 15 znalostními otázkami. Dalšími cíli v rámci toho dotazníkového šetření bylo získat informace, zda se o tomto tématu učily ve škole, zda se setkaly s tímto tématem mimo školu a jestli by se o něm chtěly dozvědět více.

Celkový počet respondentek byl 85 a z celkového počtu znalostních otázek dosáhly výsledku 59 %, na základě tohoto výsledku jsem vytvořila pedagogický výstup, který zahrnuje projekt na upevnění a prohloubení znalostí z tohoto tématu.

Vytvoření projektu podpořily i výsledky dílčích cílů, kde jsem zjistila, že 84 % z dotázaných by se chtělo dozvědět více z tohoto tématu a také výsledek, že 66 % má informace ze školy a také 66 % mimo školu. Obě skupiny by projekt mohl obohatit o další informace a jejich uspořádání, které by potřebovaly.

Výsledky z dotazníkového šetření mi tedy pomohly k vytvoření vhodného pedagogického výstupu. Ten by měl mít praktické využití buď jako součást předmětu výchova ke zdraví na střední škole, nebo jiného předmětu tohoto zaměření, po jednotlivých částech, nebo jako projektový blog i mimo výuku.

Dalším výzkumem v návaznosti na tento projekt by bylo možné šetření znalostí této skupiny, která projektem prošla.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BEJDÁKOVÁ, Jitka. 2006. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-1214-8.
- DRESLEROVÁ, Daniela. \textit{Kofein a výživa člověka} [online]. Brno, 2017 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/5x36er/>>. Bakalářská práce.
- Encyklopedie rodičovství: těhotenství, porod, péče o dítě, výchova*. Praha: Slovart, 1996. ISBN 80-85871-89-0.
- GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. 2001. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- HAJNÝ, Martin. 2001. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
- HANÁKOVÁ, Taťána a kol. 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti: [vše, co potřebujete vědět o těhotenství a porodu: péče o novorozence a kojence]*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2788-9.
- HELUS, Zdeněk. 2009. *Osobnost a její vývoj*. 2. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-396-2.
- HOUROVÁ, Martina, KRÁLÍČKOVÁ, Milena a UHER, Petr. 2007. *Vývoj miminka před narozením: od embrya k porodu*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1942-9.
- HRONEK, Miloslav a BAREŠOVÁ, Hana. 2012. *Strava těhotných a kojících* 1. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-20-4.
- KABÍČEK, Pavel a kol. 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KALINA, Kamil a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil a kol. 2015 *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 696 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4331-8.
- LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ, et al. 2007. *Preklinická pediatrie* 2. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-438-6.
- MACEK, Petr. 2003. *Adolescence*. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0865-2.

- NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava a ELIŠKA, Oldřich. 2009 *Přehled anatomie. 2.*, Praha: Galén ISBN 978-80-7262-612-0.
- NEŠPOR, Karel. 2007. *Návykové chování a závislost. 3.* Praha: Portál. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- OBERBEIL, Klaus a LENTZ, Christiane. 2014. *Ovoce a zelenina jako lék: strava, která léčí 3.*, Praha: Fortuna Libri. ISBN 978-80-7321-906-2.
- PAŘÍZEK, Antonín. 2015 a). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 1. díl, Těhotenství. 5.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PAŘÍZEK, Antonín. 2015 b). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 2. díl, Porod. 5.* vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PINTO, Kristina a KRAMER, Rachel. 2015. *Těhotná a fit: průvodce aktivním těhotenstvím pro sportovkyně od sportovkyň.* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3347-3.
- POKORNÁ, Jitka, SUCHODOLOVÁ, Veronika a PRUŠA, Tomáš. 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení.* Brno: ERA, Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-136-6
- ROKYTA, Richard et al. 2017. *Fyziologie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
- ROSYPAL, Stanislav. 2003. *Nový přehled biologie.* Praha: Scientia. ISBN 80-7183-268-5.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. 2017. *Moderní porodnictví 2.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- Tematická encyklopedie Larousse.* 1999 Praha: Albatros. ISBN 80-00-00734-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2005. *Vývojová psychologie.* Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER, Tomáš. 2006. *Návykové látky v těhotenství.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš, ed. a ŽIŽKOVÁ, Blanka, ed. 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-095-9

Internetové zdroje

- RVP ZV_2017_červen.pdf, MŠMT ČR. *MŠMT ČR* [online]. Copyright ©2013 [cit. 04.05.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/43792/>
- Rozdělení drog | Rozdělení drog | Veřejnost - Substituční léčba. *Substituční léčba - Veřejnost* [online]. Copyright © 2020 [cit. 04.05.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

Seznam příloh

Příloha č.1 - Zadaný dotazník se správnými odpověďmi

Příloha č.2 - Materiál s informacemi pro práci ve skupině

Příloha č.3 – Pracovní list shrnující informace z projektu

Příloha č. 1 – Zadaný dotazník se **žlutě vyznačenými** správnými odpověďmi

Dobrý den, jmenuji se Tereza Chotěborová, jsem studentkou Výchovy ke zdraví a Pedagogiky na Karlově Univerzitě v Praze.

Žádám Vás o zodpovězení zcela anonymního dotazníku. Výsledky šetření budou použity pouze jako podklad pro mou diplomovou práci na téma:

„*Informovanost dívek ve věku 16-18 let o rizicích užívání alkoholu, tabáku, marihuany a kofeinu v těhotenství*“. Cílem tohoto výzkumu je, zjistit jaké máte povědomí a znalost o vybraných látkách a jejich vlivu na těhotenství.

Ráda bych vás požádala o pravdivé odpovědi. Tímto děkuji za čas, který mému dotazníku budete věnovat.

Prosím, uveďte svůj věk

Napiš, prosím název školy, kterou navštěvuješ.

1. Přemýšlela jsem někdy o tom, že užívání nikotinu, alkoholu, marihuany a kofeinu během těhotenství má vliv na plod?

- a) Nikdy jsem o tom nepřemýšlela.
- b) Přemýšlela jsem o tom, ale nijak zvlášť.
- c) Přemýšlela jsem o tom a hledala si k tomu informace.

2. Nejrozšířenější závislost u českých těhotných je:

- a) požívání alkoholu
- b) kouření cigaret**
- c) požívání kofeinu
- d) kouření/ požívání marihuany

3. Děti žen, které v těhotenství kouřily cigarety:

- a) nejsou nijak ohroženy
- b) jsou ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence**
- c) jsou ohroženy na životě při prvním nádechu po porodu

4. Nikotin:

- a) nepřechází z matky k plodu
- b) přechází z matky k plodu jen částečně
- c) přechází úplně z matky k plodu**

5. Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách zvyšuje u plodu riziko:

- a) rozvoje alergie a atopického ekzému
- b) rozvoje smyslového vnímání
- c) rozvoje plic
- d)

6. Užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se v těhotenství:

- a) doporučuje
- b) nedoporučuje
- c) nezáleží na tom

7. Může způsobit extrémní užívání kofeinu během těhotenství u plodu narušení vývoje orgánů?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně ano

8. Jaká dávka kofeinu se považuje za zdraví škodlivou (extrémní konzumaci):

- a) více než 200 mg denně
- b) více než 300 mg denně
- c) více než 400 mg denně

9. V těhotenství by extrémní konzumace měla za příčinu:

- a) nižší porodní hmotnost
- b) žádný vliv na plod by to nemělo
- c) mohlo by dítě později trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí

10. Alkohol:

- a) volně prochází z matky k plodu a působí toxicky na plod
- b) prochází částečně z matky k plodu a na plod toxicky nepůsobí
- c) neprochází z matky k plodu

11. FAS – Fetální alkoholový syndrom je charakterizován:

- a) nedostatečným růstem, abnormalitami (zvláštnostmi) centrální nervové soustavy, mentální retardací, typickým vzhledem obličeje
- b) zvýšeným růstem, typickým vzhledem dlaní a chodidel, lehkou mozkovou dysfunkcí
- c) postižením jater, ledvin, neplodností v dospělém věku

12. Množství konzumovaného alkoholu, který vede k rozvoji FAS (fetální alkoholový syndrom) je:

- a) je jasně daný podle typu alkoholu, který těhotná žena pije
- b) je 100 g alkoholu (2 sklenice vína či piva) denně
- c) množství alkoholu, který způsobuje FAS je obtížné určit

13. Platí omezená konzumace alkoholický nápojů i pro kojící matky?

- a) ne, alkohol totiž nepřechází do mateřského mléka
- b) ano, alkohol volně přechází do mateřského mléka
- c) ano, protože je to společenské pravidlo

14. Při pravidelném užívání marihuany je prokázán:

- a) nižší váhový přírůstek těhotné ženy
- b) vyšší váhový přírůstek těhotné ženy
- c) nemá to na váhový přírůstek těhotné ženy vliv

15. Novorozenec uživatelky marihuany má:

- a) omezené reakce na stimulaci
- b) reakce na stimulaci jsou podle normy
- c) zrychlené reakce na stimulaci

16. Chronické užívání marihuany:

- a) přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů i žen
- b) přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce pouze žen
- c) přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce pouze mužů

17. Abstinenční syndrom novorozence znamená:

- a) soubor příznaků u novorozence, jehož drogově závislá matka se o něj nedokáže postarat
- b) soubor příznaků u novorozence, jehož matka užívala během těhotenství psychoaktivní látky a léky
- c) soubor příznaků u novorozence, jehož matka žádné psychoaktivní látky a léky během těhotenství neužívala

18. Učila jsem se někdy ve škole o rizicích nikotinu, alkoholu, marihuany, kofeinu na těhotenství:

- a) ano, probírali jsme to společně s návykovými látkami (v předmětu, který k tomu přísluší)
- b) ano, probírali jsme to společně s biologií člověka či sexuální výchově
- c) ano, probírali jsme to společně ve vícero předmětech
případně uveď v jakých:
- d) ne, to téma jsme nikde neprobírali

19. Setkala jsem se s informacemi o rizicích nikotinu, alkoholu, marihuany, kofeinu na těhotenství mimo školu?

- a) ano
Napiš kde:
- b) ne

20. Chtěla bych se dozvědět o tomto tématu více informací?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jakou formou:

- a) přednáška s pracovním listem
- b) práce s dokumentárním filmem a pracovní list
- c) práce s příběhem ve skupinách
- d) pomocí brožurky a kontrolních otázek

21. Byl pro mě dotazník srozumitelný?

- a) ano, naprosto
- b) ano, ale byl obtížný na znalosti
- c) ne, nerozuměla jsem tomu, na co se mě v dotazníku ptáte
- d) byl srozumitelný jen z části

Rizikové chování v těhotenství

V rámci rizik, které drogy u plodu a posléze novorozence vyvolávají je důležité vědět, co znamená abstinenční syndrom novorozence (Neonatal abstinence syndrom - NAS). Novorozenecký abstinenční syndrom (NAS) se objevuje se u miminek, jejichž matka brala v těhotenství některé drogy nebo substituční léky. Rozvíjí se po narození, když dítě přestane dostávat drogu, na kterou bylo zvyklé z dělohy.

To znamená, že u novorozence můžeme klinicky prokázat významnou hladinu drogy v séru ještě několik hodin až dnů po porodu, k úplnému očištění organismu dochází až dlouho po propuštění z porodnice. Příznaky mohou trvat 3-4 měsíce po porodu. Pokud se zaměříme na plod jako takový, vycházíme z toho, že má omezené možnosti metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny.

Abstinenční syndrom novorozence se může projevovat křečemi, zrychleným dýcháním, apnoickými pauzami, při nichž dochází k opakovanému nekontrolovatelnému zdržení dechu a s problematickým příjmem potravy. Abychom mohli abstinenční syndrom diagnostikovat, musíme zjistit specifické známky chování a funkci vegetativního nervového systému, které mohou projevovat jako poruchy gastrointestinálního traktu (GIT), respiračního traktu (RT) nebo centrálního nervového systému (CNS). Abstinenční syndrom způsobují zejména drogy tlumivého účinku a jsou známe vyvoláváním těžké fyzické závislosti.

Terapie

Při terapii NAS se volí podpůrná opatření a případně farmakologická léčba. V rámci podpůrných opatření by měl být novorozence zvýšeně sledován, je také potřeba pro něj vytvořit ideální prostředí, to znamená, aby byl prostor termoneutrální, zabránit nadměrnému hluku a osvětlení, minimálně s dítětem manipulovat. Důležité je odsávání z nosu, poloha na břiše nebo pravém boku jako prevence aspirace, krmení podle klinického stavu.

ALKOHOL

Riziko požívání alkoholu je zejména dáno společenskou tolerancí k této droze. O negativních účincích alkoholu na plod psal již Aristoteles. Při užívání alkoholu během těhotenství, alkohol volně prochází placentární bariérou a působí na plod toxicky, a to zejména na játra.

Účinky alkoholu na plod

Ethanol je metabolizován na acetaldehyd pomocí nikotinamid adenin dinukleotid dependent alkohol dehydrogenázy. Jak etanol, tak acetaldehyd působí toxicky na plod. Sérové hladiny alkoholu v organismu matky a u plodu jsou stejné. Vzhledem k tomu, že koncentrace alkoholu v plodové vodě narůstá pomaleji, je tam přítomna ještě v době, kdy už v krevním oběhu plodu alkohol detekovaný není. Tím je plod alkoholu vystavován po delší dobu.

Specifický soubor anomálií u dětí, které narodily ženám závislým na alkoholu byl nazván fetálním alkoholovým syndromem (FAS). Tento specifický soubor malformit je charakterizován: prenatálním a postnatálním růstovým deficitem, abnormalitami (zvláštnostmi) CNS, kraniofaciálními abnormalitami.

Určit množství konzumovaného alkoholu, které vede k rozvoji FAS, je obtížné. Uvádí se, že požití ≤ 100 g alkoholu týdně (tj. 2 sklenice piva nebo 2 sklenky vína denně) nemá na plod žádné nežádoucí účinky. Vyšší dávky vedou k intrauterinní růstové retardaci a excesivní dávky vedou k rozvoji FAS. Na druhou stranu nelze určit bezpečnou dávku a u některých žen nelze vyloučit škodlivost i malých dávek alkoholu.

Průběh těhotenství a porodu

Komplikace u alkoholiček v průběhu těhotenství jsou závislé na orgánovém postižení z dlouhodobého užívání alkoholu. Za zvláště závažnou je považována cirhóza jater. Velkým nebezpečím je krvácení jícnových varixů, kde může dojít k ohrožení života. Celkově se setkáme u alkoholiček a absencí vitaminů, hlavně skupiny B. Porod většinou neprovází komplikace, u žen s onemocněním cirhózy jater je ukončen císařským řezem.

Nikotin

Kouření jednoznačně nejrozšířenější závislost u českých těhotných.

Průběh těhotenství a vliv nikotinu na plod

Nežádoucí účinky spojené s kouřením jsou způsobeny oxidem uhelnatým a nikotinem.

Oxid uhelnatý prochází placentou a váže se na hemoglobin plodu. Vzniká karboxyhemoglobin a ten snižuje oxidační kapacitu krve. „Studie prokázaly, že sérové hladiny karboxyhemoglobinu dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky, a tak je plod vystaven jeho účinkům po relativně delší dobu. Rovněž jeho sérové hladiny dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky“

Hypoxie je souhrnný název pro nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních. Plod je vystaven této hypoxii a podle množství vykouřených cigaret a může dojít k chronickému nedostatku kyslíku v těle.

Výsledkem je nižší porodní hmotnost až rozvoj intrauterinní retardace (IUGR) dětí narozeným kuřačkám. Lehce zvýšené je i riziko předčasného porodu, vykouří-li denně více než jednu krabičku. U kuřaček je popisováno vyšší riziko spontánního potratu a předčasného odtoku, plodové vody.“

„Děti kuřaček mohou v dalším vývoji trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, horším prospěchem ve škole, behaviorálními problémy. Děti kuřaček jsou ohroženy tzv. syndromem náhlého úmrtí novorozence.“

Negativní vliv na těhotnou má samozřejmě i pasivní kouření. Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách kromě negativního dopadu cigaretového kouře zvyšuje riziko atopie (predispozice alergie) u plodu a rozvoje alergie v raném dětském věku.

„Užívání odvykacích žvýkaček, náplastí či sprejů obsahující nikotin se v těhotenství nedoporučuje, i když poslední studie ukázaly, že u plodu nedochází ke zvýšené koncentraci nikotinu v krvi oproti aktivnímu kouření.“

KANABINOIDY - MARIHUANA

Cannabis sativa (konopí seté) je zdrojem tetrahydrocannabinolu - THC. Chronické užívání marihuany prokazatelně přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů (motilita spermií - progresivní pohyb) i žen (častější nepravidelnost menstruačního cyklu).

Vliv kanabinoidů na průběh těhotenství, plod a novorozence

Vzhledem k dlouhému poločasu rozpadu mívají ženy při porodu zbytkovou hladinu drogy v krvi. Problémem může být bronchiální dráždivost, zejména při potřebě celkového umrtvení.

Vliv marihuany na plod je závislý na dávce, při chronickém užívání je prokázán nižší přírůstek hmotnosti u matky a intrauterinní růstová retardace v důsledku chronického nedostatku kyslíku v těle či jiných tkáních.

Plody jsou mohou mít snížené svalové napětí, s omezenými reakcemi na stimulaci. Děti uživatelék marihuany mají lehce prodlouženou reakci při vyšetření zrakových potenciálů.

Vyznačují se sníženou odpovědí na osvit, prodlouženým Morroovým reflexem a tremorem.

Abstinenční syndrom není výrazný, obvykle jen neklid, nespavost, zvýšená dráždivost.

Rychle odezní.

Kofein

„Kofein, hlavně obsažený v kávě, patří mezi široce konzumované látky i mezi těhotnými.

Žádná ze studií neprokázala škodlivé účinky konzumováním kávy v průběhu těhotenství.

Teratogenní účinky kofeinu se nepotvrdily. Za obecně škodlivou se považuje extrémní

konzumace (6-8 šálků kávy denně). Toto množství odpovídá konzumaci více než 300 mg

kofeinu denně. V těhotenství by mohlo být takové množství příčinou nižší porodní

hmotnosti plodu.“

Pracovní list k shrnutí informací

1. Doplň správně tvrzení.

Novorozenecký abstinenční syndrom se objevuje u miminek, jejichž matka.....

2. Urči, zda je tvrzení pravdivé či ne.

Novorozenecký abstinenční syndrom se může projevovat: křečemi, zrychleným dýcháním, dochází také k opakovanému nekontrolovatelnému zdržování dechu, a problematickému příjmu potravy. **ANO** **NE**

3. Zakroužkuj správnou variantu. Nikotin a alkohol:

- a) *Volně prochází přes placentu z matky k plodu*
- b) *Prochází částečně přes placentu z matky k plodu*
- c) *Nepřechází přes placentu z matky k plodu*

4. Doplň vhodný termín.

Plod je při požití alkoholu a nikotinu matkou, vystavován těmto látkám dobu.

5. Vypiš. Jak se na plodu projevuje fetální alkoholový syndrom?

6. Doplň vhodné termíny.

Děti kuřáček mohou v dalším vývoji trpět tzv., poruchami soustředění, horším prospěchem ve škole, behaviorálními problémy.

Děti kuřáček jsou ohroženy tzv.

7. Zakroužkuj správnou variantu. Při pravidelném užívání marihuany je prokázán:

- d) *nižší váhový přírůstek těhotné ženy*
- e) *vyšší váhový přírůstek těhotné ženy*
- f) *nemá to na váhový přírůstek těhotné ženy vliv*

8. **Vypiš.** S čím se můžeme setkat u novorozence, jehož matka během těhotenství užívala marihuanu? _____

9. **Doplň správnou odpověď.**

Za extrémní konzumaci kofeinu denně považujeme více než

10. **Doplň správnou odpověď.**

Jaký důsledek by mělo extrémní užívání kofeinu v těhotenství