

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: 5345



**Bc. Jiřina Majerová**

**Návykové látky v těhotenství a jejich možný vliv na vývoj dítěte**

*Addictive substances during pregnancy and their possible effect on child development*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Ilona Preslová

Praha

2016

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 25.4.2016

Bc. Jiřina Majerová

.....

**Identifikační záznam:**

MAJEROVÁ, Jiřina. *Návykové látky v těhotenství a jejich možný vliv na vývoj dítěte. [Addictive substances during pregnancy and their possible effect on child development]*. Praha, 2016. 109 s. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Ilona Preslová.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce, PhDr. Iloně Preslové, za vedení diplomové práce, za její rady a za podporu, kterou jsem od ní dostávala během celé realizace své práce. Dále bych poděkovala své rodině a příteli za trpělivost a podporu.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce „Návykové látky a jejich možný vliv na vývoj dítěte“ se zabývá působením návykových látek na vývoj dítěte u drogově závislých matek. Nejdříve se zaměřuje na obecně platné definice či charakteristiky návykových látek. Pokud se jedná o návykové látky, tak zde budou rozděleny na legální a nelegální návykové látky. Z počátku popisuje důležité skupiny návykových látek a stručně předloží jejich jednotlivé zástupce. Dále se práce zaměřuje i na období prenatálního vývoje, které bude sloužit ke komplexnímu pohledu na danou problematiku a k logickému propojení jednotlivých kapitol.

Další část práce se věnuje charakteristice drogově závislých matek, jaká jsou pro tuto skupinu žen specifika a rovněž zde budou zohledněny a tematizovány těhotné ženy s duální diagnózou. V neposlední řadě se v teoretické části budou popisovat komplikace, které se objevují u takto narozených dětí ihned po porodu, a sice FAS (fetální alkoholový syndrom), NAS (novorozenecký abstinční syndrom) nebo infekce. Rovněž budou akcentovány dlouhodobé důsledky jako například poruchy spojené s pozorností, poruchy chování, učení nebo vrozené vývojové vady. Tato práce si klade za cíl porovnat v literatuře téma problematiky těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními nelegálními látkami. A dále porovnat v literatuře téma problematiky těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními legálními látkami.

Výsledkem práce pak bude komparace převládajícího diskursu o ovlivňování užívání návykových látek matky na vývoj dítěte s odbornou literaturou a relevantními výzkumy, jež tuto domněnku potvrdí či vyvrátí.

*Klíčová slova:* VÝVOJ DÍTĚTE – ZÁVISLÉ MATKY – NÁVYKOVÁ LÁTKA – PRENATÁLNÍ VÝVOJ – KOMPLIKACE PŘI PORODU

## **ABSTRACT**

The thesis "Addictive Substances and their Possible Impact on Child Development" deals with the effects of addictive drugs used by pregnant women on their child's development. Firstly, the text focuses on common valid definitions and characteristics of addictive substances. The addictive substances are divided into two categories – illegal and legal drugs. Initially, key groups of addictive substances are described and then their individual representatives are portrayed briefly. Furthermore, the thesis focuses on the period of prenatal development, which will serve as a comprehensive overview on the subject and will logically connect individual chapters.

Another part of the thesis focuses on the characteristics of drug-addicted mothers, describes the specific traits of drug addicted pregnant women. Moreover, in this part pregnant women with dual diagnosis are described. Last but not least, the theoretical part of the thesis will explain complications that arise in infants right after childbirth, especially the fetal alcohol spectrum disorder (FASD), neonatal abstinence syndrome (NAS) or infection. There will also be discussed the long-term consequences such as disorders associated with attention, behavior disorders, learning or congenital malformation. This work aims to find out whether children of drug using mothers have greater predisposition to acquire developmental defects and whether the selected scientific resources are relevant enough to answer research questions related to the topic. The result of the work will be a comparison of the prevailing discourse about the influence of substance usage by mothers on their child's development with academic literature and relevant research which will confirm or refute the hypothesis.

**Keywords: CHILD DEVELOPMENT – ADDICTED MOTHERS – ADDICTIVE SUBSTANCES – PRENATAL DEVELOPMENT – COMPLICATIONS IN CHILDBIRTH**

# Obsah

ÚVOD.....	9
1. NÁVYKOVÉ LÁTKY V TĚHOTENSTVÍ.....	10
1.1 Definice závislosti a syndrom závislosti .....	10
1.2 Příčiny vzniku závislosti .....	12
1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	14
1.4 Vývojové aspekty vzniku závislosti.....	15
2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	17
2.1 Opioidy.....	17
2.2 Stimulancia.....	18
2.3 Halucinogeny .....	20
2.4 Kanabinoidy .....	21
2.5 Alkohol.....	21
2.6 Tabák.....	22
2.7 Těkavé látky a léky .....	23
3. UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ.....	26
3.1 Charakteristika populace drogově závislých žen .....	26
3.2 Těhotné ženy s duální diagnózou .....	28
4. VÝVOJ DÍTĚTE V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ .....	29
4.1 Charakteristika prenatálního období .....	29
4.2 Specifika prenatální péče .....	30
5 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ KOMPLIKACE PŘI PORODU.....	33
5.1 Náhlé stavy při porodu .....	33
5.1.1 Předčasný odtok plodové vody .....	33
5.1.2 Abrupce placenty .....	33
5.1.3 Placenta praevia .....	33
5.1.4 Hypoxie plodu.....	34
5.1.5 Předčasný porod.....	35
6 PORODNÍ KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	36
6.1 Přímé důsledky pro dítě bezprostředně po porodu.....	36
6.1.1 Fetální alkoholový syndrom a spektrum vrozených alkoholových poruch .....	36
6.1.2 Novorozenecky abstinenční syndrom .....	38
6.1.3 Infekční nemoci přenosné z matky na dítě .....	38

6.1.4	Poruchy růstu .....	41
6.2	Dlouhodobé důsledky.....	41
6.2.1	Porucha pozornosti ADD a ADHD .....	41
6.2.2	Poruchy chování .....	44
6.2.3	Poruchy učení .....	45
6.2.4	Syndrom mrtvého plodu a SIDS.....	45
6.2.5	Vrozené vývojové vady .....	46
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	47
8	POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD .....	48
8.1	Metody .....	48
8.2	Aplikace v praxi .....	49
9	LEGÁLNÍ DROGY V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH MOŽNÝ VLIV NA PLOD A NOVOROZENCE .....	52
9.1	Alkohol.....	52
9.2	Nikotin.....	60
9.3	Léky v těhotenství .....	68
10	NELEGÁLNÍ DROGY V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH MOŽNÝ VLIV AN PLOD A NOVOROZENCE .....	74
10.1	Opioidy a jejich vliv na plod a vývoj dítěte .....	74
10.2	Stimulační látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte.....	80
10.3	Halucinogenní látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte.....	89
10.4	Těkavé látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte .....	94
11	DISKUSE .....	97
12	ZÁVĚR.....	102
13	POUŽITÁ LITERATURA .....	103



## ÚVOD

Užívání návykových látek ať legálních či nelegálních je celosvětovým problémem, který se dotýká každého jedince ve společnosti. V některých případech je užívání návykových látek společensky tolerované, protože je již součástí každodenního života některých jedinců a není v tom společnosti spatřován závažný problém. Především se jedná o legální návykové látky jako je alkohol, tabák či kofein. V dnešní společnosti se povědomí o návykových látkách a problémech, s nimi spojenými, zvýšilo a lidé si více všimají projevů ostatních jedinců ve svém okolí a mnohdy jsou schopni je odkázat na odborníky v daném oboru.

Důsledky pro dospělého či dospívajícího jedince z užívání návykových látek jsou známé z mnohých masmédií či v rámci vzdělávání ve škole. Ale nejsou zde dostatečně zdůrazňovaná i rizika, která vyplývají z užívání návykových látek během těhotenství nejen pro matku, ale i pro plod, novorozence a jeho následný vývoj. V běžné praxi je vidět, že kupříkladu mnoho maminek s kočárkem sedí v kavárně a kouří a vůbec si neuvědomují, že i pasivní kouření dítěti škodí. A toto je jen jeden z příkladů, který lze v dnešní společnosti vidět. Totéž by se dalo říci i o alkoholu, jehož nebezpečí v těhotenství je v médiích tematizováno snad nejvíce ve spojitosti s Fetálním alkoholovým syndromem. Pokud se jedná o nelegální látky, je plod i novorozenec ohrožen mnohými riziky, která vycházejí z užívání konkrétních návykových látek a jejich způsobem aplikace. V potaz, co se nelegálních návykových látek týká, musí být bráno i sociální prostředí těhotné, rizikové chování a podobně, které také mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte.

Lze tedy říci, že je málo zdůrazněn negativní vliv návykových látek na těhotenství a jeho průběh. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla věnovat svou práci tématu návykovým látkám v průběhu těhotenství a potažmo porodu, s jakými riziky se potká a jak jej ovlivňují. U nás není mnoho monografií, které by se danou problematikou zabývaly a podávaly tak jasný pohled na možná rizika. Proto jsem zvolila k zpracování vybraného tématu metodu obsahové analýzy, která mi bude nápomocna v akcentování informací jednotlivých autorů a v závěru z daných textů vyplyne, zda jsou informace, které jsou dohledatelné, jak v českých tak zahraničních zdrojích, relevantní a mají dostatečnou výpovědní hodnotu a tudíž jsou schopné odpovědět na výzkumné otázky, které jsem stanovila pro tuto práci.

# 1. NÁVYKOVÉ LÁTKY V TĚHOTENSTVÍ

## 1.1 Definice závislosti a syndrom závislosti

V kontextu závislosti považuji za nezbytné nejprve osvětlit nejzákladnější pojmy s ní spojené. Takovým termínem je především droga. Pod pojmem „droga“ se rozumí zejména psychoaktivní látka či surovina rostlinného či živočišného původu (Linhart, 2002). „*Droga je obvykle popisována jako chemická látka, která působí na vaše tělo a může změnit vaši náladu, vaše chování, co vidíte, co slyšíte, a jak a co cítíte. Látka může být jednoduchá, ale její účinky rozhodně jednoduché nejsou*“ (Ganeri, 2001, s. 5). Pro komplexnost následujících kapitol budu chápat drogu jako psychoaktivní látku, která umožňuje změnit vnímání jedince a ne vždy je schopná navodit příjemný pocit při jejím užití. Z tohoto pohledu zde budu uvádět jak drogy nelegální (stimulancia, halucinogeny, opiáty, konopí), tak legální (alkohol, tabák, léky), které jsou více společensky tolerované a které mají značný vliv na ženu a dítě v těhotenství, viz kapitoly 9 a 10. U nás i ve světě se vyvíjí stále větší snaha o léčbu a následně i prevenci závislostí, nicméně se ve světě neustále zvyšuje množství závislých jedinců a také se na trhu objevují nové a nové návykové látky (Meyer, 1996).

Ku příkladu Kudrle (2003) uvádí, že závislost lze definovat také jako chronickou a progredující poruchu, která se může rozvinout na podkladě přirozené touhy jedince po změně svého prožitku. Oproti Kudrlemu, Fišerová (2000), jako odborná asistentka Ústavu farmakologie 3 LF UK, řadí závislosti na návykových látkách mezi chronická onemocnění CNS (Centrální nervové soustavy). Je tedy nutné toto pojímat jako komplexní bio-psycho-sociální onemocnění, jehož jednotlivé složky se navzájem doplňují a jsou ve vzájemné interakci. Dle WHO, tedy Světové zdravotnické organizace, je pak možné drogovou závislost definovat jako psychický, někdy i fyzický stav, jež je charakterizován změnami chování a dalšími reakcemi. Ty pak vždy zahrnují nutkání opakovaně užívat drogu pro její psychické účinky, a dále též pro to, aby se zamezilo vzniku nepříjemných stavů, jež vznikají při nepřítomnosti drogy v organismu. Dle Kudrleho (2003), je drogová závislost jakýmsi vyústěním abúzu, jenž se stal důležitou a hlavní činností a danému jedinci by měl navodit jistý pocit uspokojení. Jedná se tedy o pozvolný proces a od určitého momentu závislý jedinec zaměňuje změnu svého prožitku za změnu reality jako takové.

Sklon k abúzu lze podle Jeřábka (2008) vysvětlit pomocí tří hypotéz. První hypotéza popisuje, že návyková látka byla dříve používána při rituálech šamanství a sloužila k psychologickému a duchovnímu zakotvení člověka v jeho životě. Zde byl podstatný včetně psychotropního účinku i rituál spojení s užitím. Druhá hypotéza pojednává o hédonistickém či psychostimulačním modelu, kdy se člověk necítí špatně, ale má pocit, že by mu mohlo být lépe nebo by mohl být výkonnější (zaměstnání a podobně).

V návaznosti na to vzniká závislost a jedinec ztrácí kontrolu. Posledním modelem je autosanační či quasi-homeostatický model, který předpokládá, že u jedince dochází k biologickému (genetickému) nebo psychologickému (osobnostnímu) nedostatku, který se snaží jedinec „uzdravit“ z vnějších zdrojů.

Dle definice MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí), se syndromem závislosti rozumí skupina fenoménů (fyziologických, behaviorálních a kognitivních), v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Jistým symptomem syndromu závislosti je pak silná touha užít psychoaktivní látku, alkohol či tabák (Kalina, 2008). S užíváním návykových látek jsou též úzce spjaty pojmy fyzická a psychická závislost. Přičemž psychická závislost představuje jakýsi syndromový komplex s psychickým carvingem, ke kterému náleží narušená kontrola užívání, zaujetí pro užívání a pokračování užívání i přes následky. Fyzická závislost je popisována průkazem tolerance a odvykacím stavem, jež souvisí s fyzickým carvingem. Tyto dvě závislosti, jak fyzická, tak psychická se rozvíjí společně, avšak potenciál k rozvoji obou složek se liší u jednotlivých skupin drog (Jeřábek, 2008).

Syndrom závislosti může být tedy vztažen buď pro určitou látku jako je například Tabák, pro třídu látek jako opioidy nebo větší spektrum různých látek. V návaznosti na MKN-10 se dále zaznamenává jako statistický kód F I.X.2, přičemž písmenko x představuje onu určitou látku.

FI0.2 Závislost na alkoholu

FII.2 Závislost na opioidech

FI2.2 Závislost na kanabinoidech

FI3.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivé léky)

FI4.2 Závislost na kokainu

FI5.2 Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu

FI6.2 Závislost na halucinogenech (extáze)

FI7.2 Závislost na tabáku

FI8.2 Závislost na organických rozpouštědlech

FI9.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Nešpor, 2011)

Dle Nešpora (2005), primáře oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice, lze tedy definovat závislost, pakliže se v průběhu jednoho roku objeví minimálně tři z následujících jevů:

1. Nevladatelná touha po určité látce, bažení (carving)
2. Problémy v sebeovládání
3. Opakované užití látky, aby se snížily příznaky, jež vyvolalo první užití stejné látky
4. Zvyšující se tolerance k té dané látce
5. Klesá zájem o aktivity, které byly dříve v popředí a primárním se stává shánění a užívání dané látky
6. I přes zjevné negativní důsledky dochází k přetrvávajícímu užívání

Definice závislosti dle DSM-IV, tedy Americké psychiatrické asociace, stanovuje Nešpor (2005) následovně: Aby byla potvrzena diagnóza závislosti, musí se projevit minimálně tři z těchto uvedených znaků po dobu jednoho roku:

1. Růst tolerance
2. Odvykací příznaky při vysazení látky
3. Užívání látky je delší a ve větší míře, než bylo původně zamýšleno
4. Neúspěch přestat látku užívat nebo omezit její užívání
5. Vynaložení velkého úsilí k sehnání látky a zbavení se jejích účinků
6. Ztráta zájmu o své původní činnosti, do popředí zájmu se dostává užívání látky nebo její omezení
7. Stálé užívání látky i přes fakt, že toto užívání jedinci způsobilo zhoršený fyzický nebo psychický stav

Pokud se porovnájí výše zmíněné znaky jak v MKN-10 tak v DSM-IV, lze zjistit mimo jiné absenci bažení v definici Americké psychiatrické asociace. Pokud se zaměřím na ostatní znaky, lze mezi nimi pak shledat jistou podobnost.

## **1.2 Příčiny vzniku závislosti**

Fišerová (2000) rozlišuje tři skupiny činitelů, jež patří mezi příčiny vzniku závislosti. Těmi zejména jsou droga, člověk a prostředí. Drogové závislosti je pak třeba vnímat komplexně jako bio-psych-sociální onemocnění, v němž se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a interagují. Pokud se jedinec s dispozicí k závislosti setká s drogou, která u něj vyvolá pocit znovu a znovu ji užívat, je možné mluvit o závislosti. K užití dochází většinou v situacích, které toto setkání usnadňují. Jinými slovy tedy diskotéky, kluby, párty a podobně.

V následující části si blíže akcentuji jednotlivé činitele, jež jsem zmiňovala výše. A sice droga je tedy především chápána jako důležitý činitel při vzniku závislosti. Schopnost vyvolat u citlivého člověka dychtění po droze, jež vede k opakovanému a nutkavému užívání drogy, je tedy založena na schopnostech drogy. Droga má schopnost vyvolat silný psychický účinek a následně vyvolat nepříjemné pocity, když dojde k přerušení aplikace. Dalším činitelem je prostředí. To lze chápat v kontextu dostupnosti

drogy v okolí jedince a s tím souvisí i cena a distribuce drogy. Velmi důležitý je i pohled společnosti na užívání drog. Za snadno dostupné lze považovat legální drogy (alkohol, kofein, tabák) a bývají tedy častěji užívány, a tudíž je tedy i počet závislých relativně vysoký.

U finančně slabých a mladých uživatelů návykových látek bývá přítomna značná preference těkavých látek, zejména kvůli své snadné dostupnosti. K vytvoření drogové závislosti také přispívá i prostředí, kde k užití dojde („fetující parta“) a také není možné opomenout vliv rodiny, jako například nedostatek péče a pozornosti od rodičů či rodinný rozvrat. Třetí skupinou je organismus, tedy člověk. Bylo prokázáno mnohými výzkumy, že se na vzniku drogové závislosti mohou podílet i osobnostní a genetické predispozice (Fišerová, 2000). Závislost všeobecně má tak rysy obsedantně-kompulzivního chování, kde pod pojmem nutkání nemusí odměna vždy znamenat pocit libosti. Lze všeobecně říci, že mechanismy vzniku a udržování závislosti se u typů závislostí liší a je tedy možné najít jen určité společné nebo opakující se rysy (Fišerová, 2003).

V rámci výzkumu drogových závislostí byly prokázány některé určité znaky osobnostních i genetických predispozic k různým typům závislostí. Mezi lidmi, závislými na drogách, je možné nalézt i typy lidí zvědavých, vyhledávajících nové zážitky, riskujících a nebojících se experimentovat. Tito lidé mají širokou sociální oblast a rádi pořádají večírky a často i střídají sexuální partnery. Mnohé závislosti mohou být také zatížené dědičnou dispozicí, což dokládají některé publikované studie. Jako příklad zde mohu uvést studii alkoholismu u dvojčat alkoholiků, potvrzující dědičnou dispozici k závislosti na alkoholu (Orlíková, 2007).

Dle některých výzkumů je též dokázáno, že k drogám a alkoholu inklinují často lidé, kteří trpí depresí nebo úzkostnými stavy. Drogu užijí proto, že si se svými stavy nedokáží poradit a nemají povědomí o tom, že se správnými léky by se cítili daleko lépe. Používají tak drogu jako určitý prostředek „sebemedikace“ (Orlíková, 2007). Pokud nahlédnu na závislost optikou dalších studií, považuji za nutné zmínit i studie potvrzující rozdílnou dispozici k závislostem u mužů a žen. Ženy jsou celkově více senzitivnější k návykovým látkám než muži, a tudíž se u nich závislost většinou rozvíjí rychleji. Některým teoretickým modelům slouží také mimo jiné temperament jako klíčový prvek pro rozvoj závislosti na alkoholu. Nicméně se předpokládá, že podobné dispozice se budou nacházet i v oblasti nealkoholových drog (Kalina, 2008). Vavřínková (2006), jakožto gynekoložka, umožňuje i další možnost náhledu na závislost, a to je také věk. Závislost na návykových látkách se u dětí rozvíjí rychleji než u dospělých, a má trvalejší fyzické a psychické následky.

Fišerová (2003) pak dodává, že droga by měla navodit takový účinek, aby člověk toužil jej znovu zopakovat. Jinými slovy tak lze diskutovat o mechanismu pozitivního posilování, který je považován za zásadní při navození drogových závislostí.

Dopaminergní aktivace je vnímána jako příjemný pocit a je i jednou ze součástí systému chování, který vede k přežití druhu. Lze tím tedy rozumět libost, což je pro člověka odměna například ve formě potravy či uspokojení sexuálního pudu, a tudíž uspokojení základní potřeby pro přežití jedince. Avšak Coleman (1998) se vyjadřuje k plnohodnotnému životu, který u uživatele návykových látek může být dosažen pouze absolutní abstinencí.

### **1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti**

V této kapitole se dále podrobněji zaměřím na jednotlivé části bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Léčba závislosti by měla obsahovat všechny složky bio-psycho-socio-spirituálního modelu, poněvadž nemoc, a tedy i drogová závislost, vzniká v průběhu vývoje osobnosti, a dochází tak k interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. U některých jedinců se může závislost rozvíjet například na základě psychologického problému (který může řešit ve větší míře užitím NL či alkoholu), v jiných případech převažují genetické či vrozené predispozice. S tím také souvisí sociokulturní vazby na alkohol i jiné návykové látky a rituály s tím spojené. Ve větší míře lze hovořit o kombinaci více faktorů, jakými jsou faktory fyziologické, které se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti (Kudrle, 2003). „*Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu*“ (Kudrle, in Kalina et al., 2003, s. 91).

#### **Biologická úroveň**

Kudrle (2003) řadí mezi biologické faktory některé problematické okolnosti v těhotenství, například kdy matka v těhotenství byla uživatelka drog či alkoholička, a tudíž se i plod setkával s účinky látek ještě před narozením. Lze sem též zařadit i okolnosti porodu, což ovlivňuje neurobiologii jedince, psychomotorický vývoj dítěte a také přítomnost nemocí a traumatizujících faktorů. Jediné ověřitelné genetické souvislosti lze nalézt ve vrozené vyšší toleranci vůči alkoholu u potomků rodičů alkoholiků. Drogovou závislost, jak vysvětlím dále, však není možné vztahovat jen na biologické faktory, neboť genofond a případně další biologické dispozice se tak rychle nemění.

#### **Psychologická úroveň**

Již v období nitroděložního vývoje a porodu lze nalézt dle některých autorů (jiní autoři tuto tezi mohou spíše vyvracet) i psychogenní faktory. Nejedná se tak o biologické faktory, nýbrž o prožívání toho, co mohlo způsobit nějaké biologické poškození. Pokud například žena prožívá těhotenství z jakéhokoli důvodu jako stresový okamžik, přenáší informace o svém stresu i na plod. Jakmile matka začne například užívat tlumivé látky, aby zabránila stresu, přenesou se tato informace i na plod jako vtisk či kód o efektu tlumivých

látek při prožívaném stresu. Tento vtisk bude v jakémsi stádiu hibernace čekat na oživení v postnatálním období. Pokud dojde k aplikaci stejně působící látky po nějakém čase, zažije dítě nový, ale ve skrze dávno poznaný efekt. Jinými slovy vznik návyku tedy posiluje pozitivní zpětná vazba (Kudrle, 2003). Mezi další významné faktory pak dále patří například úroveň postnatální péče, vývoj a potřeby dítěte, uspokojování potřeb a adekvátní pomoc v případech objevující se patologie různých duševních poruch (Kudrle, 2003).

### **Sociální úroveň**

Dále lze hovořit i o sociální úrovni vzniku závislosti, jež se zabývá vztahy s okolím, které formují zrání daného jedince, či toto zrání brzdí a deformují. Tyto vlivy mohou obsahovat širokou škálu okolností, do kterých lze řadit rasovou příslušnost, společenský status rodiny, sociální prostředí, ve kterém člověk žije a podobně. V neposlední řadě je důležitá kvalita rodinných vztahů a možná absence rodiny. Důležitou roli v procesu sociálního učení hraje i kolektiv vrstevníků, kam lze řadit podporu zájmových činností a vyrovnání se s autoritami.

### **Spirituální úroveň**

Dle Kudrleho (2003) se spiritualita vztahuje k tomu, co člověka přesahuje, k nějaké nejvyšší ideji či autoritě. Největší zájem o tuto úroveň rozpoutali anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k uzdravení. Zabývají se zde vztahem k vyšší moci, která má podle nich navrátit smysl života a napomoci obnovit zdraví. Je tedy možné říci, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění okamžitého uspokojení a i závislosti, tím nižší je její spirituální potenciál.

## **1.4 Vývojové aspekty vzniku závislosti**

Vývoj člověka dle Hajného (2003) lze chápat jako cestu od úplné závislosti na druhých (narozené dítě), ke zralé schopnosti vytvářet a udržovat vztahy s druhými lidmi. Mým cílem je pak v této části zejména poukázat na vztah mezi závislostí a raným dětstvím.

Užívání drog je spojováno se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje. V tomto stádiu se dětské vnímání okolí a lidí soustřeďuje na oblast úst a zažívacího traktu. Zrcadlení tohoto období v dospělosti je možné vidět v momentech, kdy člověk chce, aby o něj bylo pečováno, aniž by se na tom on nějak aktivně podílel. Účinek psychoaktivní látky pak umožňuje vyjádření jistých afektů a uspokojení určitých potřeb, jež by byly za běžného stavu potlačeny. Převážně se jedná o potřeby či afekty, jež mají svůj původ právě v minulosti-dětství. Uživatel je závislý na podnětech, přicházejících z vnějšku, které ovlivňují to, jak se cítí, chová a vnímá. Silný základ vztahu brání závislému vyjádřit své myšlenky, pocity či chování přímo. Užití návykové látky mu tak umožní náhradní vyjádření těchto prvků. Jedinec se pak cítí dost silný na to, aby vyjádřil, co si myslí (Hajný, 2003).

Dalším vývojovým aspektem v oblasti problematiky závislostí je otázka týkající se toho, nakolik se závislý charakter života uživatele drog projevuje v jeho sociálních funkcích a v jeho vztazích. U závislých bývá značně narušena schopnost vnímat druhé lidi i sebe sama. Mezi další vývojové aspekty by tak bylo možné řadit kupříkladu i jistou „neschopnost“ rodičů reagovat na potřeby dítěte. Dítě tím, co dělá a později i co říká, vyjadřuje nějaké své potřeby a tendence a vyžaduje tak především adekvátní reakci či odezvu ze strany rodičů. U uživatelů drog, jakožto rodičů, se lze setkat s přístupem k dětem buď takovým, že jsou přetěžované odpovědností nebo naopak mají roli stále malých dětí (Hajný, 2003).

Rovněž dále v kontextu aspektů vývoje závislostí lze akcentovat i případ užívání návykových látek, jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí. To v důsledku může být chápáno i jako jakási potřeba pomyslného boje s pravidly, zákony a konvencemi. Tato potřeba se pak markantněji projevuje v období adolescence. Součástí vývoje dítěte je i období, kdy se snaží dosáhnout nezávislosti na okolí, rodičích i sociálním systému. Je tedy nutné zdůraznit, že existuje důležitá specifická role závislosti v období dospívání. O tom, zda si člověk aplikuje drogu, rozhoduje sám, a tudíž nabývá pocitu, že je život v jeho rukou (Hajný, 2003).



## 2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Tato kapitola představuje základní charakteristiky návykových látek, jejich rozdělení a účinky na dospělého jedince. Tato kapitola slouží k ucelení představy o účinku návykových látek na dospělého jedince, a také slouží i jako jakési porovnání s tím, jak mohou návykové látky působit na ženu v těhotenství. Právě problematice těhotných žen, jež jsou uživatelkami návykových látek, se věnují vybrané odborné publikace, jejichž analýza a následná komparace bude stěžejní náplní této práce. Z toho důvodu tedy považuji za nutné zmínit i obecné informace, vztahující se k danému tématu, pro komplexní uchopení tématu a důkladné seznámení se s konkrétní problematikou. A v neposlední řadě je tato práce koncipována i pro širokou veřejnost, tedy lidi, kteří se v adiktologii příliš neorientují, a tak jim tato kapitola může pomoci porozumět dalším textům v následující části práce.

### 2.1 Opioidy

Opioidy jsou v medicíně používány jako silné léky proti bolesti, nebo také k zastavení průjemového onemocnění. Některé opiáty se podávají k tlumení kašle (Kachlik, 2003). Opium je v současné době užíváno jen zřídka a je sezónně vázáno na dobu prázdnin, kdy uživatelé jezdí na maková pole sbírat z makovic surové opium (Orlíková, 2007). „*Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost*“ (Minařík in Kalina et al., 2003, s. 159).

Při užití opiátů dochází k útlumu dýchacího centra (zpomalená dechová frekvence) a může dojít až k zástavě dechu, také tlumí centrum pro kašel, tudíž může dojít ke dráždění chemopercepční zóny pro zvracení. Užívání opiátů se projevuje stažením zornice (mióza) a hypotermií, tedy snížením tělesné teploty. Co se týče krevního oběhu, dochází k rozšíření cév, ke snížené srdeční frekvenci a poklesu krevního tlaku.

Dle Minaříka (2003), mají opioidy, a v první řadě heroin, vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu. Rozvoj závislosti se objevuje již po několika týdnech nebo po několika měsících užívání. U užívání opiátů dochází k vzestupu tolerance a potřebě stále vyšší dávky drogy, přičemž uživatel dále ztrácí kontrolu nad užíváním a prahne po droze. Jelikož je rozvoj tolerance rychlý, musí se navyšovat dávky z původních desítek miligramů na stovky miligramů a v neposlední řadě dochází ke zvýšení denních dávek až na několik gramů (Vavřínková, 2006). Při abstinenci opiátů rychle klesá tolerance i dávka, přičemž dávka, kterou uživatel dříve užíval, pro něj nyní může být i smrtelná.

## **Heroin**

Nešpor (2002) popisuje, že na trhu se můžeme setkat s heroinem různé koncentrace a tudíž je zde riziko záměny silnější drogy za slabší. Heroin je podle Minaříka (2003) celosvětově nejrozšířenější drogou v této skupině. Dlouhou dobu byl heroin považován za lék proti závislosti na morfinu. Dříve se předpokládalo, že heroin má nulové riziko vzniku závislosti. Hlavní látkou pro výrobu heroínu je morfin nebo přímo opium. Závislost na heroínu těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci, kriminalitě, prostituci, kde slouží jako prostředek k získání financí na danou drogu. Látky v této skupině, tedy i závislost na heroínu, mají složku fyzickou i psychickou. Ganeri (2001) vysvětluje, že čistý heroin by nás zabil do několika minut, proto se obvykle mísí s kofeinem, křídou, glukózou či moukou.

## **Braun**

V České republice se již mnoho let z Kodeinu vyráběl právě braun. Zneužívá se injekčně a způsobuje velmi silnou závislost, která se vyznačuje silným odvykacím syndromem. Z naší drogové scény byl ve větší míře vytlačen heroinem (Nešpor, 2003).

## **Metadon**

Metadon je návyková látka patřící mezi opiáty. Má mírnější odvykací syndrom, ale o to déle trvají jeho příznaky. Používá se jako součást léčby u pokročilých závislostí na opiátech (Nešpor, 2003).

## **Subutex**

Orlíková a kolektiv ve své knize *Drogy otázky a odpovědi* (2007) uvádí, že se buprenorfin dobře vstřebává z dutiny ústní, avšak nesmí být polknut, protože by se v trávicím traktu zmetabolizoval na neúčinné metabolity. Riziko předávkování je výrazně nižší a závislost nastupuje pomaleji.

## **2.2 Stimulancia**

Stimulancia obecně jsou látky, které mají nefyziologický budivý efekt na centrální nervový systém. Mezi tyto látky lze řadit pervitin, amfetamin a kokain. Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, zkracují spánek a zahánějí únavu. Vyvolávají pocit síly jak duševní, tak tělesné, euforii a energii. Z dalších účinků je možné uvést kupříkladu snížení chuti k jídlu. Psychostimulancia vyvolávají úzkost, zvyšují trému a jejich užití může vést k přecenění vlastních hranic. Po vymizení účinku se dostaví stav podobný kocovině, jakýsi „dojezd“. Tento stav se vyznačuje vyčerpáním, únavou, bolestí kloubů, někdy i několikadenním spánkem s krátkými epizodami bdění, doprovázené velkým hladem a konzumací velkého množství jídla. Látky v této skupině vyvolávají „pouze“ psychickou závislost, fyzickou nikoli. Psychická závislost se projevuje carvingem,

bažením po látce a jejím účinku. Faktem nicméně zůstává, že psychická závislost je mnohem těžší než fyzická. Fyzickou závislost je možno odstranit pobytem, přiměřeně dlouhým, na detoxifikační jednotce, závislost psychická čítá celou řadu léčebných procesů a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky (Minařík, 2003).

### **Kokain**

V medicíně se kokain dříve využíval jako látka pro lokální umrtvení. V sedmdesátých letech byl kokain znám jako droga bohatých lidí, protože byla velmi vysoká (Ganeri, 2001). Tělesně se účinek kokainu projeví vysokým krevním tlakem, rychlým pulzem, rozšířením zornic, bledostí, nevolností a pocením. První užití nemusí vždy zaručovat příjemné pocity, ale teprve opakované užití je „odměněno“ euforií. Uživatel kokainu je na první pohled hodně energický, družný, veselý a má příjemné halucinace. Následně se projevuje euforie, poruchy chování, vytratí se zábrany a vygraduje sexuální pud. U žen tento pud může vést k nymfomanickému chování a u mužů spíše stoupá apetence a klesá potence (Minařík, 2003).

### **Pervitin**

Podle Kachlíka (2003) pervitin (metamfetamin), zvyšuje bdělost a vyburcování organismu k vyššímu výkonu ať už fyzickému či psychickému. Pervitin velmi často vyvolává halucinace a pocity, že je člověk pronásledován. Pervitin se v ČR vyrábí z Efedrinu, který je obsažen v lécích proti kašli, a též se při jeho výrobě používá fosfor a jód, díky čemuž se zvyšuje jedovatost výsledného produktu. Pervitin je v České republice nejrozšířenější nelegální drogou s vysokým závislostním potenciálem.

Člověk, jenž je ovlivněn působením této drogy se stává nebezpečným sobě i druhým. Při dlouhodobém užívání dochází k užívání v tazích trvajících více dní, po kterých následuje vyčerpání a spánek (Nešpor, 2003). Minařík (2003) uvádí, že užívání pervitinu zřetelně ovlivňuje motoriku, snižuje únavu, vede k euforii, vytváří stereotypní chování a způsobuje anorexii. Zrychluje psychomotorické tempo a typická pro to je takzvaná vykroucenost-motorický neklid. Objevuje se i mydriáza. Pervitin obecně zhoršuje pozornost a soustředění. Zlepšuje empatii, odstraňuje zábrany a podporuje pocit sebejistoty a vlastní rozhodnosti. Pervitin urychluje tok myšlenek na úkor kvality (Orlíková, 2007).

### **Extáze**

Vavřínková ve své publikaci *Návykové látky v těhotenství* (2006) popisuje extázi, nebo též MDMA, která se původně vyráběla v USA jako psychofarmakum s využitím v psychiatrii. Tablety či kapsle mají různá označení a nápadný vzhled. Po užití extáze se objeví pocit příjemného tepla, porozumění a euforie. Užití vysokých dávek vede k hypertermii, poškození jater, ledvin a kardiovaskulárního systému. Intoxikace se projeví vzestupem tlaku krve, tachykardií, nespavostí a nervozitou. Ganeri (2001) poukazuje také

na fakt, že lidé při užití extáze, například na párty, nesmí zapomínat na pitný režim. Člověk je pod jejím vlivem nabuzený, tancuje několik hodin a vypotí litry tekutin během jediné noci.

## 2.3 Halucinogeny

Halucinogenní drogy lze dělit na tři základní skupiny. První skupinou jsou přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu (durman, mezkalin) a z hub (psilocybin). Do druhé skupiny se řadí přírodní halucinogenní drogy živočišného původu, jako například bufetenin a třetí skupinu tvoří semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy kupříkladu LSD a PCP. Při užívání těchto látek je velmi důležitý duševní stav-set a okolnosti, tedy jak uživatel vnímá místo a osoby kolem sebe-setting (Orlíková, 2007). S těmito látkami, většinou s LSD a psilocybinem, se experimentovalo v rámci psychoterapie pro usnadnění procesu terapie u těžkých neuróz, poruch osobnosti a též v psychoterapii umírajících. Na tyto poznatky pak navázal Stanislav Grof a rozvinul metodu holotropního dýchání (Miovský, 2003).

Halucinogenní drogy patří bezesporu k nejméně předvídatelným látkám. Průběh intoxikace může být u každého jedince jiný, a podílí se na něm kromě vlivu látky samotné i nastavení jedince ve spojení s jeho očekáváním a individuální citlivostí. U LSD ani psilocybinu se nevyskytuje takzvaný syndrom odnětí drogy, jak jsou známé u jiných skupin (Miovský, 2003).

### LSD

Miovský (2003) uvádí, že u nás se LSD na černém trhu vyskytuje v podobě tripů, což jsou malé papírové čtverečky s potisky různých symbolů, či v podobě krystalů, které mají většinou tmavomodrou nebo zelenou barvu, evokující umělé hnojivo. Jako příměsi se objevují nejčastěji látky ze skupiny stimulancií (extáze). Pak je tedy možné mluvit o kombinovaném účinku více psychoaktivních látek než o čistém LSD. Nelze tedy předvídat, jaký bude účinek na daného jedince, a zároveň se zvyšují rizika vzniku nepříjemných reakcí u méně zkušených uživatelů. „*Užívání této drogy v současnosti zaznamenáváme převážně vázané na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním a dalšími módními trendy*“ (Miovský in Kalina et al., 2003, s. 170).

### Psilocybin

Miovský (2003) uvádí, že u nás patří k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám, jež jsou obsaženy v houbách rodu *Lysohlávek*. Na černém trhu se lze setkat se sušenými částmi této houby, nejčastěji s klobouky. Tato látka se užívá perorálně a lze ji označit spíše za doplňkovou drogu. Ganeri (2001) se zmiňuje o tom, že tolerance na účinnou látku rychle stoupá a může snadno dojít k tomu, že bude potřeba ke stejnému

účinku další den dvojitá dávka houbiček. Právě toto je jeden z důvodů, proč lidé brzy přestávají houbičky užívat.

## 2.4 Kanabinoidy

Psychicky nejaktivnější látkou obsaženou v marihuaně a hašiši jsou považovány 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta 9-trans-tetrahydrocannabinol. Neurobiologický mechanismus účinku THC je významný ve své vazbě na kanabinoidní receptory v mozku. Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i analgetický vliv s efektem na potlačení nevolnosti a zvracení při zvládání obtíží AIDS či chemoterapii u nádorových onemocnění. Kanabinoidy se v dnešní době využívají i v pomocné či doprovodné léčbě dalších chorob, jako je Alzheimerova choroba, Migréna či Parkinsonova choroba (Miovský, 2003).

Konopné drogy se užívají kouřením a v menší míře perorálně jako součást pokrmů či nápojů. Nejčastěji se marihuana smíchává při kouření s tabákem (Orlíková, 2007). Dle Orlíkové (2007) je neustále diskutovanou otázkou, zda je marihuana tou prvotní drogou k nástupu užívání jiných drog. Zda je tedy chápána jako „vstupní brána“ pro vyzkoušení dalších drog, avšak dle mnohých studií je dokázáno, že iniciační drogou je spíše alkohol.

### **Marihuana**

Miovský (2003) popisuje, že marihuana je sušené květenství a horní listky ze samičí rostliny konopí. Marihuana pěstovaná u nás, dle oblasti původu, se pohybuje v rozmezí 2-8 % obsahu aktivních látek a zahraniční produkce v rozmezí 6-14 %. Některé šlechtěné odrůdy mohou dosahovat vysokého obsahu účinných látek převyšujících hranici 20 %.

### **Hašiš**

Hašiš je konopná pryskyřice, jež většinou obsahuje květenství a drobné nečistoty. Barvu má zelenou, která přechází do tmavě hnědé, dle čistoty. Obsah aktivních látek v hašiši může být až kolem 40 % (Miovský, 2003).

## 2.5 Alkohol

*„Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu“* (Popov in Kalina et al., 2003, s. 151). Ganeri (2001) popisuje některé důvody, proč skupiny patnáctiletých pijí alkohol. Jejich odpovědi byly, že pijí alkohol, protože to dělá každý. „Piji na akci s přáteli, abych zapadl“. „Moji rodiče doma pijí alkohol, tak proč nepít také“. „Mým rodičům nevadí, když piji alkohol, hlavně, že neberu drogy.“ Je velmi zajímavé si tyto věty přečíst a po té se věnovat faktům, souvisejícím se závislostí na alkoholu.

Poruchy vyvolané účinkem alkoholu lze nalézt v MKN-10 v části F 10. Poruchy vyvolané účinkem alkoholu lze z psychiatrického hlediska dělit na dvě skupiny.

1. Poruchy, které byly způsobeny přímým účinkem alkoholu na CNS, tedy intoxikace alkoholem nebo následek chronického abusu alkoholu, a sice odvykací stav a podobně.
2. Poruchy, projevující se návykovým chováním, které souvisí s abusem alkoholu (problém v kontrole užívání), a které mohou vyústit v závislost.

Psychoaktivní účinky závisí na množství požitého alkoholu a mají komplexní charakter. Výsledný efekt pak záleží na osobních dispozicích, kondici jedince a zdravotním stavu. Nejedná se pouze o vlivy biologické, ale i o psychologické a sociální (Popov, 2003). Somatické poškození je většinou spojeno s dlouhodobým užíváním alkoholu. Může dojít k poškození trávicího traktu, jater, hormonální změny spojené s impotencí u mužů a poškození srdečního oběhu (Orlíková, 2007). Návykový potenciál a rizika užívání alkoholu se pak pohybují v rovině tvrdých drog a nejvíce alarmující je na tom to, že jeho užívání je všeobecně tolerováno či dokonce podporováno.

Dle Popova (2003) je škodlivé užívání chápáno jako způsob užívání alkoholu, vedoucí k poškození zdraví, čemuž většinou předchází několik let závislosti na alkoholu. Odvykací stav se objevuje během několika hodin až dní po přerušení konzumace alkoholu, nebo po výrazném snížení jeho dávek. Mezi projevy odvykacího stavu patří třes rukou i celého těla, závratě, pocení, poruchy stability a koordinace pohybů. Dále také úzkost, psychomotorický neklid, přechodné halucinace (sluchové, zrakové, taktilní), neasea, zvracení, pocity slabosti, poruchy spánku a tachykardie nebo hypertenze. Odvykací stav, s ohledem na další komplikace, odeznívá do čtyř až pěti dnů. Dle Orlikové (2007) může docházet k epizodám výrazného neklidu a také k agresivitě. Některé z výše vyčtených příznaků mohou delší dobu přetrvávat. Významnou komplikací odvykacího stavu jsou křeče, které mohou vygradovat alkoholový stav s deliriem. Delirium termens je pak vážný a život ohrožující stav s vysokou mortalitou. Mezi projevy tohoto stavu patří porucha vědomí a kognitivních funkcí, halucinace (taktilní, čichové, zrakové, sluchové), bludy, dezorientace, hrubý třes, záchvaty křečí a inverze spánku. Tento stav může být ještě více zkomplikován případnou hypoglykemií či rizikem metabolického rozvratu.

## **2.6 Tabák**

Nikotin je toxický rostlinný alkaloid, který je jedinou návykovou látkou z 4.-5. tisíc složek tabákového kouře. Cigaretový kouř, jak jsem již uvedla výše, obsahuje různé složky, z nichž je většina rakovinotvorná (Lee, 1998). Nikotin je bezbarvá tekutina, bez zápachu a pro člověka je smrtelná dávka kolem 80 mg. Pokusy o vytvoření jiné aplikační formy, jako je například odvar z cigaret mohou končit smrtí právě díky vysoké toxicitě nikotinu (Orlíková, 2007). U závislosti na tabáku rychle vzniká tolerance a nejdříve se

rozvíjí psychosociální závislost a po té vzniká závislost fyzická. Necelých 30 % obyvatel u nás ve věku nad 15 let kouří a mezi 15.- 18. rokem kouří 40-50 % a to převážně dívek. Co se týká způsobu aplikace, u nás jsou běžné dvě formy. Bezdýmý tabák a tabák, který hoří. Orální tabák může být žvýkací, kdy se žvýkají listy tabáku a moist snuff. Tabák, který hoří, je znám ve formě cigarety, dýmky či doutníku (Králíková, 2003). Kouř, jenž je vdechován do plic obsahuje tuhé částice s nikotinem, benzenem a dehtem.

Kouření může mít za důsledek mnoho dalších onemocnění, od kardiovaskulárních přes nádory a chronická plicní onemocnění. Nicméně se užívání tabáku týká všech oborů medicíny. Ganeri v knize *Drogy od extáze k agonii* (2001) se pozastavuje nad faktem, že kouření způsobí čtyřnásobně více předčasných úmrtí, než je tomu u dopravních nehod, alkoholu, sebevraždy nebo zneužívání drog.

Účinky nikotinu nastupují krátce po užití, poněvadž dochází k rychlému vstřebání v plicních sklípcích. U nezkušených kuřáků může dojít k akutní intoxikaci, spojené s bolestí hlavy, závratí, nevolností a zvracením. K tomuto stavu se také připojuje zúžení zornic a celková zemdlost. U pravidelných kuřáků je absence příznaků akutní otravy nebo se objevují jen v malé míře (Orlíková, 2007). Králíková, v kapitole *Tabák a závislost na tabáku* (2003) pak řadí mezi akutní účinky tabáku lokální podráždění sliznic, bolest hlavy nauseu a průjem. Psychologická a sociální rizika nejsou tolik významná, avšak o to větší jsou rizika somatická.

Závislost na tabáku lze poměrně rychle zjistit, když si kuřák pokusí odpovědět na dvě klíčové otázky. Kolik cigaret vykouří denně, přičemž 15 a více znamená závislost na nikotinu. A druhá otázka se týká toho, jak brzy po probuzení si musí kuřák zapálit první cigaretu, pokud tak učiní do 60 minut po probuzení, je závislý na nikotinu (Králíková, 2003). V neposlední řadě nelze zapomínat ani na působení vydechovaného kouře na okolí. Pokud kouříme, neohrožujeme jen vlastní zdraví, ale prostřednictvím kouření (pasivního kouření) ohrožujeme zdraví cizích osob.

## **2.7 Těkavé látky a léky**

### **Těkavé látky**

Hampl (2003) řadí těkavé látky do skupiny návykových látek MKN-10 pod označením F8 prchavé látky. Častější označení, se kterým se lze setkat, jsou těkavé látky nebo inhalační drogy. Do této skupiny se řadí rozpouštědla, ředidla, lepidla a plynné látky (éter, rajský plyn). Společným znakem pro všechny tyto látky je to, že po užití dojde k ovlivnění CNS, projevující se euforií provázenou útlumem a také zrakové a sluchové halucinace. Těkavé látky se zneužívaly v bývalém Československu již před druhou světovou válkou a oblíbenou látkou byl éter. Koncem šedesátých let se u žáků a studentů ZŠ a SŠ objevil zvýšený výskyt zneužívání těkavých látek, přičemž se jednalo

o trichloretylen, obsažený v čistícím prostředku. V posledních letech byl pak vytlačen toluenem. „Počet uživatelů inhalačních drog je v ČR poměrně stabilní. Uživatelé relativně brzy přestávají a pak přecházejí na jiné návykové látky“ (Hampl in Kalina et al., 2003, s. 194).

## **Toluen**

Toluen je bezbarvá kapalina, jež se získává z ropy lehkého oleje nebo kokosových plynů. V současné době je nejvíce rozšířenou drogou inhalačního typu u nás. Tato látka se využívá zejména jako rozpouštědlo a ředidlo. Účinná dávka toluenu činní jen několik mililitrů. Toluen je poměrně snadno dostupný a relativně levný. Lze jej inhalovat přímo z lahve, avšak rozšířenější způsob aplikace je vdechování jeho výparů z napuštěné látky. Účinek se dostaví velice rychle (v řádu minut) a je krátkodobý. To znamená, že inhalace se musí opakovat, aby účinek přetrval. Pro zvýšení účinnosti využívají někteří uživatelé pomoc plastového pytlíku, jež si přetáhnou přes hlavu a pod nímž inhalují. Ve vyjimečných případech si jej stříkají přímo do krku, což může zapříčinit křeč hrtanu a smrt (Ganeri, 2001).

Hampl ve své kapitole *Těkavé látky* (2003) tvrdí, že dlouhodobé užívání toluenu vede k celkovému otupení, poruchám emotivity a chování. Mnohdy dochází k toxickému poškození jater a ledvin a poleptání dýchacích cest. Toluen vyvolává silnou psychickou závislost a někteří uživatelé jej musí inhalovat denně. Může dojít k poškození mozkových struktur, jež se projeví jen v některých nepříznivých situacích. Čímž je myšlena například neadekvátní reakce na nějakou situaci vygradovaná agresivitou. Somatická závislost není tak zřejmá, po vysazení nebývá syndrom z odnětí látky, nicméně se vrátí k inhalaci pro silný carving. Charakteristické pro uživatele je, že sladce páchne a kolem něj je možné cítit zápach organického rozpouštědla (Orlíková, 2007).

## **Trichloretylen**

Bývá zneužíván jako inhalační droga zaměstnanci, jež k němu mají přístup. Je to tedy jedovatá kapalina, sloužící jako rozpouštědlo na některých průmyslových pracovištích. Inhalací se mohou vyvolat zrakové a sluchové halucinace (Hampl, 2003). Mezi další zástupce lze řadit: aceton, éter, benzín a rajský plyn.

## **Léky**

V rámci seznámení se s lékovou závislostí obecně je důležité si je rozdělit do skupin a popsat jejich jednotlivé účinky. Beyer (2003) říká, že analgetika jsou látky, které snižují vnímání bolesti a dělí se na dvě skupiny - opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika. Opioidní analgetika se používají k tišení silné bolesti po operacích, úrazech či onkologických onemocněních. Dlouhodobé účinky jsou stejné jako u nelegálních opioidů, jako je například heroin. Oproti tomu nesteroidní antiflogistika tiší nižší bolest



a tedy se využívají při léčbě bolesti kloubů, svalů a podobně. Další kategorií jsou psychofarmaka-tricklická antidepresiva, jež jsou účinná u pacientů s nádorovým onemocněním, poněvadž pomáhají snížení dávky opioidních analgetik.

Dále sem patří sedativa, jež jsou známa pro svůj zklidňující účinek. Za sedativa lze také pokládat hypnotika, jež vyvolávají ospalost a navozují spánek. Pokládám za nutné v této kapitole vysvětlit i anxiolytika, která svým působením snižují úzkost, napětí a strach. Anxiolytika se užívají ústy, nicméně objevují se případy, kdy například Temazepam, podávaný v kapslích, obsahujících gel, si narkomané píchají do žil. Tímto si způsobí silné omámení a často i smrt, poněvadž díky želatině, obsažené v kapslích, může dojít k ucpání cévy (Ganeri, 2001). Benzodiazepinová anxiolytika se ve svých účincích velmi podobají alkoholu. Významným problémem je kombinace benzodiazepinů a nějakého preparátu, jež tlumí CNS. Tedy kombinace benzodiazepinu a alkoholu je velmi nebezpečná tím, že alkohol inhibuje jejich metabolismus a zvyšuje jejich koncentraci v plazmě (Bayer, 2003).

Při dlouhodobém užívání benzodiazepinů vzniká závislost, která obsahuje jak fyzickou, tak psychickou složku. Jsou velmi často předepisována lékaři až neúměrně dlouho a jsou též zneužívána uživateli drog. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří únava a ospalost, zmatenost, narušení krátkodobé paměti (okna), snížení svalového napětí, přechod placentární bariérou a následné riziko intoxikace plodu a v neposlední řadě také jeho přechod do mateřského mléka (Orlíková, 2007).

### 3. UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ

#### 3.1 Charakteristika populace drogově závislých žen

*„Vzhledem k paritnímu zastoupení obou pohlaví ve skupině narkomanů a nejvyšší incidenci žen narkomanek ve fertilním věku, stává se problém zneužívání drog také problémem, který úzce souvisí s problematikou těhotenství a následných komplikací u novorozence“ (Straňák, 1997).*

V návaznosti na výše řečené, Vavřínková ve své knize *Návykové látky v těhotenství* (2006) uvádí, že v mnohých studiích jsou drogově závislé těhotné popisovány jako mladší, svobodné, pocházející z nižších socioekonomických tříd a s nižším vzděláním. Těhotné uživatelky pervitinu a heroinu bývají většinou velmi mladé ženy. Tedy průměrný věk uživatelky heroinu je 23 let a uživatelky pervitinu 22,7 roku. Dále je většina těhotných uživatelky svobodných, u nás je to kolem 90 %. Lze konstatovat, že tato skutečnost přímo souvisí s jejich nevyzrálou osobností a s věkem, kdy započaly s drogami experimentovat. Vavřínková (2008) dále udává, že nízký věk gravidní ženy zvyšuje riziko předčasného porodu, neonatální mortality a riziko porodu novorozence s IUGR (intrauterinní růstová retardace). Díky nepravidelnému menstruačnímu cyklu adolescentek je těhotenství diagnostikováno až po 12. týdnu a nelze jej tedy zákonně ukončit.

Pozdní diagnostika těhotenství jde ruku v ruce s nedostatečnou prenatální péčí, především s diagnostikou vrozených vývojových vad. U závislých žen dochází častěji k týrání, fyzickému napadení či sexuálnímu zneužití. Tyto ženy se často stydí vyhledat odbornou pomoc a vhodnější jsou pro ně diskretnější formy intervencí jako například telefonní či internetové poradenství (Nešpor, 2011). Užívání návykových látek v kontextu s prostitutí vytvářejí rizika v podobě sexuálně přenosných nemocí a násilí (de Carvalho, 2009).

Do populace drogově závislých žen lze řadit i ženy bez domova. Prenatální péče je u této skupiny mizivá, častěji vyhledají lékaře, až když se jedná o předčasný porod nebo chtějí využít pobytu v nemocnici k vylepšení své současné sociální situace. U těchto žen, vzhledem k jejich socioekonomické úrovni, se objevují parazitární choroby, infekce, abúzus drog a alkoholu. Neméně významnou skupinu tvoří i cizinky bez zdravotního pojištění. U pacientek bez pojištění se provádí výkony a vyšetření tak, aby nebyl ohrožen život matky a plodu. Problémem v této skupině je jazyková bariéra, která brání dalším možnostem léčby. Prenatální péče je též minimální, většinou přicházejí rovnou k porodu a objevuje se zde vyšší výskyt předčasných porodů a plodů s IUGR (Vavřínková, 2008).

Dalším významným znakem této skupiny je nezaměstnanost. Pokud se vrátím k již výše zmíněným drogám, pak tedy u těhotných uživatelék heroínu je nezaměstnanost téměř 100 % a u žen, závislých na pervitinu 85 %. Právě ztráta zaměstnání bývá jednou z prvních známek vzniku závislosti (Vavřínková, 2006). Specifičnost této skupiny je spjatá i s tím, že si ženy musí obstarat peníze na svoji dávku prostitucí, s čímž též souvisí riziko nákazy HIV a dalšími nemocemi (Preslová, 2003).

U uživatelék pervitinu je průměrná délka abúzu 3,3 roku a u uživatelék heroínu 3,7 roku. Tyto ženy dle Vavřínkové (2006) volí spíše intravenózní způsob aplikace (u pervitinu 60 % a heroínu 90 %). Tento způsob užívání návykové látky je provázen mnoha riziky, k nimž patří přenos infekcí, zejména HIV a hepatitidy B, C. Při poškození žilního systému (neprůchodnosti), musí využít intramuskulární aplikace, jež vede ke vzniku abscesů, flegmón, flebitid a flebotrombóz a následně v krajním případě k amputaci končetiny v důsledku neprůchodnosti žilního systému (Meyer, 1996).

V rámci pohledu na specifika závislých matek, se musím zaměřit i na to, jak se vlastně matka uživatelka „objeví“ tj. zda přichází sama či na doporučení někoho do centra pro matky s dětmi apod. Specifika přístupu k těhotným ženám spočívá v tom, že se hledá ideální řešení jak pro matku, tak pro dítě. Žena se do odborného zařízení dostane, dle Preslové (2003), třemi různými způsoby. Buď je to již evidovaná klientka centra, která otěhotněla a může se s ní tedy dále pracovat, nebo žena uživatelka porodí dítě s abstinčním syndromem a porodnice informuje sociální pracovníci, která posléze kontaktuje protidrogové zařízení. Tedy je tento proces závislý na provázanosti služeb a spolupráci jednotlivých složek a též na informovanosti, kde se jaké zařízení nachází a na co se specializuje. Každý případ může být něčím vyjimečný a je nutná spolupráce odborníků z oblasti gynekologie, pediatrie, sociální práce, psychologie, práva a též mezi kojeneckými ústavy, soudy a podobně. Třetím způsobem může být žena, která dlouhodobě drogy užívá a má ve své péči dítě, přičemž i na tuto situaci upozorní příslušné odbory její okolí. V České republice je také nabízena společná léčba drogově závislým matkám s dětmi v Terapeutické komunitě KARLOV (organizace Sananim, z.ú.). Tato společná terapie je pouze v některých zemích v Evropě a Česká Republika je toho součástí (Preslová, 2003).

Vavřínková (2006) dále tvrdí, že těhotenství není u většiny uživatelék chápáno jako důležitý podnět ke změně svých stereotypů chování. Jen malá část uživatelék heroínu bere těhotenství jako impulz k pokusu o léčbu. Tolerance k droze je u těhotné ženy i u plodu je pak velmi individuální a tedy klinické projevy u novorozenců nemusejí odpovídat celé délce doby, kdy matka drogy užívala (Lukešová, 2009). Zneužívání návykových látek a případně i sexuálně rizikové chování, jenž může vést k nechtěnému těhotenství u dospívajících, má pak i své společné rizikové faktory jako například rodinná nestabilita, předčasné dospívání či poruchy chování (Woodward, 2001).

### 3.2 Těhotné ženy s duální diagnózou

Velemínský (2008) udává, že část žen, jež užívají psychoaktivní látky, mohou trpět zároveň i některou psychickou poruchou, která nemusí být diagnostikována a může být skryta právě pod užíváním návykové látky. Těhotné uživatelky se tak do jisté míry seabemedikují. Psychoaktivní látka může vyvolat také latentní psychickou poruchu nebo tuto poruchu zesílit. Psychickou poruchu pak lze chápat ve vztahu k užívání jako primární nebo sekundární.

Některá psychiatrická onemocnění se mohou objevit až v průběhu těhotenství. Příznaky se mohou též projevovat jak v těhotenství nebo po porodu. Nejčastěji se v těhotenství objevují psychózy, deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy a aplikace drog. Níže jen okrajově popíši jednotlivá onemocnění. Psychózy se nejčastěji vyskytují v šestinedělí. Těhotenství bývá období remise, avšak se mohou objevit akutní ataky psychózy. Deprese se více vyskytují u adolescentních těhotných žen a rizikové faktory vycházejí z anamnézy (rodinná anamnéza, okolí a podobně). Úzkost, týkající se porodu, může být zapříčiněna strachem z porodu, strachem z vlastní smrti a strach z toho, že dítě se narodí postižené (Roztočil, 2008).

*„Děti matek s dvojitou diagnózou jsou dvakrát více zatíženy rizikovými faktory než děti matek, které drogy sice užívají, ale netrpí duševními poruchami“* (Velemínský, 2008, s. 81). Psychofarmaka v těhotenství pak zvyšují riziko výskytu neurologických symptomů u novorozence. Dítě je vystaveno zvýšenému riziku vzniku duševních poruch, poněvadž se u něj kombinuje psychicko-sociální zatížení a genetické dispozice. V psychiatrické praxi je třeba dbát na pacientky, které otěhotněly a zaměřit se v rozhovorech na možné užívání drog. Také všichni, kteří jsou v kontaktu s těhotnou užívatelkou, by měli dbát zvýšené pozornosti k případným duševním poruchám. Velemínský ve své knize *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008) uvádí, že nejméně 70 % pacientů s duševní poruchou užívá v nadměrné míře medikamenty, vytvářející závislost, a 10-15 % uživatelů drog trpí duševní poruchou.

## 4. VÝVOJ DÍTĚTE V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ

### 4.1 Charakteristika prenatálního období

Již v období intrauterinního života plodu můžeme dle Langmeiera (1998) najít základy pro psychický vývoj člověka. Považuji za nutné v kontextu psychického vývoje v prenatálním období poukázat i na rozdílnost v případech, kdy se dítě narodí předčasně. Tedy projevy dítěte narozeného předčasně nemusejí být totožné s reakcemi stejně starého plodu in utero (v děloze). V současné době se z medicínského pohledu sledují reakce na podněty a spontánní aktivity u plodu, který žije za normálních podmínek in utero. Sledují se změny srdeční aktivity, používá se fetální elektroencefalografie, termografie a záznamy pomocí ultrazvuku. Prenatální fáze se dle Vágnerové (2000) rozlišuje do třech fází: fáze oplození, embryonální období a fetální období.

Langmeier ve své knize *Vývojová psychologie* (1998) popisuje i chování dítěte v prenatálním období. Předkládá zde fakt, že plod je již brzy připravován pro činnosti, které budou potřebné pro jeho přežití a také pro interakci se světem po narození. Pro upřesnění dodává, že plod má už na konci druhého měsíce vytvořen základ všech svalových skupin a je možné pozorovat drobné záškuby či jemné kontrakce. Na začátku třetího měsíce plod spontánně hýbe horními i dolními končetinami, otáčí hlavou a objevují se náznaky úchopových pohybů. Od pátého měsíce lze z bioelektrické aktivity mozku EEG postupně rozeznávat spánkový a bdělý stav. Nedlouho poté plod reaguje na podněty zvukové, vizuální, na tlak i na bolest. Dle Vágnerové (2000) se v prenatálním období vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí vývoj plodu, kupříkladu mozek, který se rozvíjí v celém průběhu prenatální fáze. Plod je tedy v tomto období velice náchylný k možným toxickým vlivům.

V šestém měsíci intrauterinního vývoje dítě reaguje na akustické podněty a je schopno odlišit zvuky lidské řeči od jiných zvuků. Je pravděpodobné, že na konci těhotenství, rozlišuje hlas matky i s emočním podbarvením. U plodu se také kontroluje jistá schopnost habitace, jež se dá vysvětlit jako úbytek reakce na opakování stejného podnětu a s věkem zvolna narůstá. Schopnost habitace závisí na aktuálním stavu CNS plodu, přičemž k jejímu narušení či zhoršení může dojít různými způsoby. Habitace se může zhoršit, když je nedostatek kyslíku od matky, při podání léků matce (Diazepam), do 1,5 hodiny po vykouření cigarety nebo při emočním stresu matky. Abnormální habitaci je možno nalézt i u dětí s vrozenými vývojovými vadami CNS a nebo dětí s genetickým postižením (Langmeier, 1998).

Bylo by vhodné ještě podrobněji vysvětlit vývoj předčasně narozených dětí, abych dokreslila celkový prenatální vývoj ze všech možných perspektiv. Langmeier (1998) tvrdí, že nedonošené děti působí jako labilnější, dráždivé a méně reaktivní na smyslové a sociální

podněty. V pozdějším věku u nedonošených zdravých dětí se můžou objevit poruchy soustředění, vizuomotorické problémy, zvýšená úzkost, lehké poruchy řeči a poruchy učení. Výčet těchto rozdílů mezi předčasně narozenými dětmi a dětmi donošenými nelze přičítat jen faktu nedonošenosti, ale musí být brána v potaz i dramatická změna prostředí, na kterou nebylo dítě připraveno.

Langmeier (1998) uvádí, že plod v průběhu těhotenství prožívá mnoho příjemných i nepříjemných pocitů a snaží se na ně aktivně reagovat. Dá se tedy jednoduše říci, že plod je stále dokonaleji připravován pro adaptaci na vnější svět. Je také prokázáno, že plod v prenatalní době získává schopnost sociální interakce. To znamená, že ještě před narozením se vytváří určitý dialog mezi matkou a dítětem, který se po té rozvíjí v neverbální komunikaci mezi nimi po narození. Vágnerová (2000) také píše o interakci matky a dítěte v prenatalní fázi a dělí ji na fyziologickou (prostřednictvím krve, která prochází placentou), smyslovou (hlas matky, poloha) a postoj matky k plodu (emoční a racionální). Psychika dítěte před narozením, není tak do hloubky prozkoumána, nicméně lze dojít ke dvěma důležitým závěrům. Významný pro dítě je i psychický stav matky, i když nejsou přesně známy mechanismy působení a také je důležité, aby se nejen dítě připravovalo v děloze na okolní svět, jak jsem již psala výše, ale i rodiče a okolí se musí připravit na dítě samotné (Langmeier, 1998).

## 4.2 Specifika prenatalní péče

Prenatalní péče je zaměřena na prevenci možných komplikací v těhotenství a rovněž je velmi důležité brzké odhalení rizikových faktorů, které mohou mít vliv na průběh těhotenství, porod a šestinedělí. Nejvhodnější termín pro první vyšetření je již mezi 5.-7. týdnem gestace. Gravidita je detekována ultrazvukem, sleduje se srdeční akce plodu a sepisuje se podrobná anamnéza s pečlivým somatickým vyšetřením a právě díky tomuto se v prenatalní péči dá odhalit značné množství rizik (Kudela, 2004). Prenatalní péči můžeme rozdělit dle Kudely (2004) na základní péči, kdy se poskytuje péče zdravým těhotným s menšími komplikacemi. Frekvence vyšetření je na začátku těhotenství 1x za měsíc a v druhé polovině 1x za čtrnáct dnů. Od 37.týdne kontroly každý týden. Riziková péče je určena pro riziková těhotenství, jejichž výčet uvedu níže. Dále speciální riziková péče je význačná především v možnosti konsilií s ostatními odborníky (hematologie, jaterní choroby, neonatologie).

Kudela (2004) uvádí, že rizikovým těhotenstvím lze rozumět těhotenství komplikované onemocněními, která mohou jeho průběh nepříznivě ovlivnit. K porodnickým rizikům jsou řazena celková onemocnění matky například hypertenze, stáří těhotné a výška (možnost zúžené pánve). Řadí se sem také rizika na základě nepříznivé porodnické anamnézy, jako jsou potraty, odúmrtí plodu v těhotenství nebo při porodu, morbidita narozeného dítěte, poruchy menstruačního cyklu a operace na děloze. V průběhu těhotenství se též může objevit mnoho rizik spojených s krvácením, předčasnou porodní

činností, nepřímé známky vývojových vad, nález cukru v moči, fertilitní stavy a mnoho dalších. Včasná prenatalní péče pak umožňuje přerušit těhotenství, pokud je stav ženy tak vážný, že by těhotenství vážně ohrozilo její zdraví či život. Také umožňuje včas zachytit nástup chorob nebo patologických stavů komplikujících těhotenství.

První návštěva v prenatalní poradně obnáší hlavně odebrání anamnézy těhotné, kdy se snaží odhalit rizikové faktory ve všeobecné anamnéze (předchozí těhotenství, nynější gravidita), a také v sociální a gynekologické anamnéze. Dále se provádí vyšetření pánve, kolposkopie s odběrem onkologické cytologie a měří se výška a váha. Vyšetří se i prsa těhotné a zároveň se musí poučit i o samovyšetření. Následně se provádí laboratorní vyšetření, jenž obsahují kompletní krevní obraz, který se opakuje ještě jednou ve 36. týdnu. S tímto dále souvisí krevní skupina a Rh faktor (u Rh negativních žen je nutné vyšetřit i partnera). Další vyšetření je imunologické, testy na syfilis, HbsAg a HIV. V určitých případech se odebírá sérologie na toxoplazmózu, rubeolu a podobně (Kudela, 2004). Během vstupní prohlídky jsou všechny těhotné ženy testovány na HIV pozitivitu. Tato povinnost vychází ze zákona o ochraně veřejného zdraví (VZP, 2014).

Dalším specifickým prenatalní péče je péče o drogově závislou matku. Vavřínková (2006) poukazuje na fakt, že tyto ženy by se neměly nutit k abstinenci a mělo by se jim doporučit, kde najdou odbornou pomoc. U drogově závislých žen se péče nezaměřuje jen na matku a dítě, ale i na otázky výživy, bydlení a péči o dítě. V prenatalní péči u závislých těhotných žen se musí již při první návštěvě zjistit, po odebrání základní anamnézy a vyšetření, zda se jedná o experimentátorku, příležitostnou uživatelku či drogově závislou klientku, u níž je potřeba spolupráce s odborníky na léčbu závislosti. „*Ženy s těžkou závislostí obvykle přicházejí až k porodu bez jakékoliv prenatalní péče*“ (Vavřínková, 2006, s. 34).

Některé těhotné uživatelky záměrně zvyšují míru kouření či aplikaci stimulancií, aby snížily hmotnost plodu a usnadnily si tak porod. Není vyloučeno ani požití kokainu či pervitinu za účelem abortu plodu. Co se týká detoxifikace, tak ta se sice během těhotenství nedoporučuje, ale pokud je nutná směřuje se do II. trimestru. Je nutné aby detoxifikace byla prováděna pod dohledem odborníků, poněvadž při přerušování užívání drogy na počátku těhotenství hrozí potrat a při přerušování užívání v závěru těhotenství je nebezpečí předčasněho porodu (Vavřínková, 2006). Při každé návštěvě se u těhotných obecně dále měří krevní tlak, váha, test moči, sleduje se možnost edémů, růst a pohyblivost plodu. Při podezření na vrozenou vývojovou vadu u plodu je těhotná odeslána na genetické vyšetření.

## **Vyšetření u závislých těhotných žen**

### **Ultrazvukové vyšetření**

Na počátku je důležitá datace těhotenství, obvykle i příležitostné uživatelky pokračují v aplikaci návykových látek, dokud není jasně potvrzeno těhotenství a zvyšuje se

tedy možnost vzniku vrozených vývojových vad. Tato metoda je v průběhu těhotenství důležitá pro sledování růstu plodu, stavu placenty a množství plodové vody (Vavřínková, 2006).

### **Laboratorní vyšetření**

Kromě běžných screeningových odběrů zahrnují i vyšetření na hepatitidy, jaterní enzymy a vyšetření hladiny folátu. Provádí se též EKG a opakované toxikologické vyšetření, aby se ověřila spolehlivost pacientky.

### **HIV pozitivní a hepatitida C**

HIV pozitivní pacientky jsou odesílány na specializovaná oddělení. V těhotenství nedochází k progresi onemocnění, avšak je zde riziko přenosu na plod. U uživatelů je prokázána vyšší incidence hepatitidy C. Vertikální přenos na plod bývá ve 2-5 % případů. V průběhu těhotenství se musí opakovat vyšetření na hladinu jaterních enzymů. Pokud dojde k jejich zvýšení, může to být známkou aktivního onemocnění nebo vznikající těhotenské hepatózy (Vavřínková, 2006).



## 5 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ KOMPLIKACE PŘI PORODU

### 5.1 Náhlé stavy při porodu

V každé kapitole se postupně přibližují ke klíčovým částem celé práce. Je tedy důležité jednotlivé složky vysvětlit, aby bylo možné lépe porozumět celku. Nelze opomíjet ani skutečnost, že gravidní žena a její dítě, není ohroženo jen samotným faktem užívání návykových látek. Vyskytuje se zde také mnoho dalších faktorů, jež nemusí mít co do činění s možným užíváním, a kterým budu věnovat následující kapitolu.

#### 5.1.1 Předčasný odtok plodové vody

Zwinger (2004) udává, že nejzávažnější příčinou mortality a morbidity prenatální i mateřské je právě předčasný odtok plodové vody. Velmi problematické období co se týče odtoku plodové vody je mezi 24.-34. týdnem. Příčiny nejsou známy, mohou se na tom, dle odborníků, podílet infekce matky či plodového vejce. Mezi příčiny lze řadit vícečetné těhotenství, polohu koncem pánevním nebo sníženou rezistenci plodových blan. Právě předčasný odtok plodové vody je častou příčinou předčasného porodu.

#### 5.1.2 Abrupce placenty

Předčasné odlučování placenty je patologický stav, kdy se normálně inzerující placenta předčasně odlučuje před porodem. K abrupci placenty dochází přibližně u 0,5-1 % všech porodů. Riziko opakování předčasného odloučení placenty je u dalšího těhotenství až 10x vyšší. Mezi faktory zvyšující riziko předčasného odloučení placenty patří například hypertenze, placentární nedostatečnost, cukrovka a rychlé zmenšení děložního objemu. K typickým příznakům patří krvácení, kontrakce a bolest. Plod je v tomto případě ohrožen též rizikem hypoxie (Zwinger, 2004). Co se týká příznaků, Binder ve své publikaci *Porodnictví* (2011), podporuje fakt, že příčina abrupce placenty není zcela jasná a bývá spojena s dalšími komplikacemi, mezi něž řadí, jak již výše zmíněné faktory, tak i preeklampsii (onemocnění placenty), užívání vasokonstričních látek (Metamfetamin) a v asi 10 % je spojena s vcestným lůžkem, o němž budu hovořit posléze.

#### 5.1.3 Placenta praevia

Placenta praevia, neboli vcestná placenta se také označuje jako vcestné lůžko. Vyskytuje se asi u 0,4-0,6 % porodů. Vcestná placenta se rozděluje do více typů podle překrytí branky na profunda, marginalis, totalis a partialis. Pro úplnost dle mého názoru postačí pouze výčet názvů, jelikož se zde nezaměřuji na porodnictví jako takové, ale na zmínky o možnostech rizikových komplikací při porodu. Příčiny vzniku abrupce placenty nejsou přesně známy, může se na tom podílet nepravidelnost endometria či odchýlná

nidační schopnost embrya. K projevům patologicky lokalizované placenty patří krvácení různé intenzity, obvykle bez bolestí (Zwinger, 2004).

Dle Bindera (2011) již zmiňované krvácení nesouvisí s kontrakcemi a může nastat kdykoli v průběhu těhotenství, ale nejčastěji bývá ve třetím trimestru. Představuje vysoké riziko pro matku a plod, tedy mateřskou úmrtnost 0,5-1,5 % a perinatální úmrtnost 7-40 %. Plod je ohrožen omezeným nebo úplným přerušением uteroplacentárního spojení s možností hypoxie. Podle zásad prenatální péče je povinná hospitalizace, ultrazvuková diferenciální diagnostika a vyšetření stavu plodu (Zwinger, 2004).

#### **5.1.4 Hypoxie plodu**

Hypoxii lze chápat jako stav, kdy je omezena výměna plynů mezi matkou a plodem. Hypoxie obecně se rozděluje na akutní (vzniká náhle), kdy může dojít abrupci placenty, pupočnickovou příhodu (strangulace) či oběhovou nedostatečnost u matky. A dále na chronickou, která vzniká na základě placentární insuficience (nedostatečnosti), jež byla prvotně způsobena patologickou stavbou placenty nebo změnami, způsobenými například hypertenzí či chronickým onemocněním matky. Chronická hypoxie vede k nitroděložní růstové retardaci a tedy ke zpomalení růstu plodu. Hypoxie plodu je častou příčinou nevratného poškození plodu a také perinatálních úmrtí (Binder, 2011). Maršál (2006) vysvětluje, že někdy více faktorů, které způsobují hypoxii, se vyskytují současně a mohou působit i v kombinaci. Nejčastěji se v těhotenství, dle Bindera (2011), se lze setkat s chronickou formou v celkem 20 % případů. Plod na snížení parciálního tlaku kyslíku reaguje zapojením mechanismů kompenzace, kdy se sníží spotřeba kyslíku ve tkáních, dochází k redistribuci krve k důležitým orgánům. Pokud tento stav trvá dlouho, dochází k vyčerpání kompenzatorních mechanismů, což vede k nevratnému poškození CNS, selhání srdce a plod intrauterinně odumírá nebo se rodí asfyktický.

Binder (2011) dále pojednává o stavech spojených s nížením parciálního tlaku kyslíku, jako o hypoxémii, což je spíše počáteční stav, kdy plod reaguje sníženou aktivitou, centralizace oběhu a postupné zaostávání růstu, což trvá dny i týdny. Oproti tomuto je hypoxie stav rozvinutého poklesu parciálního tlaku kyslíku, kdy postiženy jsou převážně periferní orgány, což může trvat minuty nebo maximálně hodiny. Dále sem patří také asfyxie, která znamená kompletní přerušení kyslíku, dochází k poškození tkání, zástavě srdeční činnosti a smrti plodu. Může pak trvat maximálně minuty. Pro stanovení diagnózy se využívá auskultace srdečních ozev (poslech) a kardiokografie (záznam děložní aktivity a frekvence srdeční akce plodu).

### 5.1.5 Předčasný porod

Předčasným porodem se rozumí ukončení těhotenství do dokončeného 37. týdne gravidity. Pokud dojde k porodu před 38. týdnem je novorozenec označován za nedonošeného či předčasně narozeného. Dle hmotnosti se dělí novorozenci do několika kategorií. Za porod se považuje vypuzení plodu z matčina těla, jež jeví alespoň jednu ze známek života s hmotností 500 g a výše, také živě rozený plod s hmotností nižší než 500 g a mrtvě rozený plod s hmotností 1 kg a více. Tedy hmotnost nižší než 2,5 kg patří do kategorie nízké porodní hmotnosti, pod 1,5 kg se jedná o velmi nízkou porodní hmotnost a pod 1 kg o extrémně nízkou porodní hmotnost. Problematika předčasných porodů spočívá v mortalitě a morbiditě (prenatální a neonatální) předčasně narozených dětí (Zwinger, 2004). Včasná diagnostika předčasného porodu je velmi těžká, záleží na subjektivních obtížích těhotné a objektivním zjištění kontrakcí dělohy. Často tento stav přichází náhle a je provázen odtokem plodové vody, což je nezvratný stav a dochází k ukončení těhotenství (Binder, 2011). Na příčiny předčasného porodu, dle Zwingera (2004), lze nahlížet z pohledu porodnického, medicínského nebo socioekonomického. Níže jednotlivé pohledy přiblížím a zaměřím se na jednotlivé složky.

Porodnické příčiny mohou být děložní anomálie, krátký interval mezi předchozí graviditou a tou nynější, vícečetné těhotenství, abrupce placenty a nadměrný hmotnostní přírůstek. Medicínské příčiny obsahují výčet závažných chorob matky, trauma, podvýživa, obezita či užívání návykových látek (alkohol, tabák, drogy). Do socioekonomických příčin spadá věk matky, svobodná matka, nepříznivé životní prostředí, nedostatečné vzdělání a prenatální péče. K tomuto Binder (2011) doplňuje, nebo spíše upřesňuje, další příčiny, jako jsou stoupající věk prvorodiček, životní styl, asistované reprodukce a vysoké procento vícečetných těhotenství.

## 6 PORODNÍ KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

### 6.1 Přímé důsledky pro dítě bezprostředně po porodu

#### 6.1.1 Fetální alkoholový syndrom a spektrum vrozených alkoholových poruch

Etanol volně prochází placentární bariérou a je metabolizován na acetaldehyd, který působí toxicky na plod. „Aktivita fetální alkohol dehydrogenázy je přibližně 10 % ve srovnání s aktivitou dospělého organismu“ (Vavřínková, 2006, s. 56). Plod je tedy více závislý na odbourávání alkoholu v játrech matky a působí na něj alkohol delší dobu kvůli přetrvávající hladině v plodové vodě. Jones v roce 1973 poprvé popsal soubor anomálií u dětí, jejichž matky byly závislé na alkoholu, a byl nazván Fetálním alkoholovým syndromem (FAS). FAS je charakterizován prenatálním a postnatálním růstovým deficitem, abnormalitami v rámci CNS a kraniofaciálními abnormalitami (Vavřínková, 2006). Jinak řečeno se FAS vyznačuje charakteristickými znaky v obličeji, poškozením mozku a malým vzrůstem (Streissguth, 1997). V obličeji jsou patrné krátké oční štěrby, oči dále od sebe, epikantus (kožní řasa ve vnitřním koutku oka), tupý nos se širokým hřbetem, není jasně patrná rýha mezi nosem a horním rtem nebo úplně chybí, nižší posazení uší, stočené směrem dozadu a malá, dozadu ustupující brada. Pro diagnózu Fetálního alkoholového syndromu se musí u dítěte najít alespoň dva z výše uvedených znaků (Velemínský, 2006). Poškození mozku se může projevit neurologickými symptomy po porodu nebo také zvláštními způsoby chování a reakcemi u novorozence. Někdy se tato poškození mohou projevit až v pozdějším věku a demonstrují se například jako opožděný psychomotorický vývoj, pomalý růst, neprospívání, problémy s chováním a učením, nesoustředěnost, neudržení pozornosti, poruchy vnímání a mentální nebo intelektuální retardace (Velemínský, 2006).

FAS je charakterizován:

1. prenatálním a postnatálním růstovým deficitem
2. abnormalitami CNS
3. kraniofaciálními abnormalitami

Dále se Vavřínková (2006), zmiňuje podrobněji o klinických nálezech spojených s FAS, a rozděluje je na:

- Obecně časté nálezy-prenatální či postnatální růstová retardace, mentální retardace, obličejová dysmorfogeneze, defekty srdečních sept nebo kloubní abnormality.

- Obecně méně časté nálezy-abnormality okulární, sítnice, močového ústrojí, skeletu či kůže a dále sluchové poruchy, poruchy srdečního rytmu, poruchy imunitního systému a další.

Jacobson (2002) uvádí, že kupříkladu dvě sklenice vína či piva denně nemá na plod žádné nežádoucí účinky. Nicméně Nešpor (2005) upozorňuje na to, že žádné množství alkoholu v těhotenství nelze považovat za bezpečné. Alkohol tedy může poškodit plod během celého těhotenství a může k tomu dojít už v prvních týdnech, kdy sama žena o svém těhotenství neví. Je tedy obtížné určit množství alkoholu, vedoucí k rozvoji FAS. Hamannová (2010) uvádí, že nejen dávka alkoholu v těhotenství je jediným faktorem, jenž rozhoduje o poškození plodu. Riziko vzniku FAS může být i u matky starší třiceti let s nízkým socioekonomickým statusem, malnutricí nebo s porušenou placentární funkcí. Velemínský (2008) říká, že západní svět považuje alkohol za velmi častou příčinu mentální retardace u dětí, a že je možné tomuto předcházet. Diagnózu FAS je obtížné určit ihned po porodu, tedy se diagnóza určuje až na základě dalšího vývoje. Vliv alkoholu v těhotenství se častěji projevuje méně výraznými změnami, jako je například postižení intelektu nebo poruchy chování a v neposlední řadě poruchami spojenými s pozorností a výrazněji se také projevuje u starších matek (Chiodo a spol., 2010).

Dále se hovoří o Fetálním alkoholovém efektu (FAE), který je v základě mírnou formou FAS, kdy se u dítěte objevuje jedna nebo dvě charakteristiky ze tří, jež jsem uvedla výše v této podkapitole. Odhaduje se, že tyto mírnější formy se vyskytují 3x častěji než FAS (Nešpor, 2005). Může dojít i k tomu, že Fetální alkoholový syndrom či efekt není diagnostikován včas a potíže u dětí s tím spojené jsou považovány například za hyperaktivitu a poruchu pozornosti nebo za opoždění psychomotorického vývoje. Nešpor (2005) uvádí, že jednotlivé znaky by měli být více nápadné kolem 3.- 12. roku.

Základní schéma diagnostických nástrojů byla zmíněna v IOM (Diagnostická kritéria Institut of Medicine). Ke zjištění FAS se používá mnoho dalších diagnostických nástrojů. Mezi ně patří například Diagnostic Guide For Fetal Alcohol Spektrum Disorders-The 4-Digit Diagnostic Code, jenž lze chápat jako diagnostický manuál, který je ale velmi časově náročný avšak vytváří podrobnou diagnózu, která umožňuje navrhnout léčebné postupy. Z tohoto nástroje vychází další manuály jako Guidelines for Referral and Diagnosis a Canadian Guidelines for FASD Diagnosis. Existují také screeningové testy, které se zabývají rizikovým pitím v těhotenství, jako kupříkladu dotazník TWEAK a nebo sledování biologických markerů alkoholu u matky a dítěte (Novotný, 2009).

## 6.1.2 Novorozenecky abstinenční syndrom

Drogy, které mají tlumivý účinek na CNS, jsou známé vznikem fyzické závislosti novorozence. Abstinenční syndrom novorozence (NAS) se projevuje u opiátů do 24-48 hodin po narození. U metadonu se objevuje až po 2-4 týdnech po narození. NAS se tedy objevuje u 60-90 % novorozenců. Až u 70 % novorozenců se objevují příznaky iritability CNS, jež přechází do křečí a 50 % novorozenců může mít příznaky tachypnoe, apnoické pauzy a problémy s příjmem potravy. K dalším příznakům patří vysoko laděný pláč, krátký neklidný spánek, hyperaktivní reflexy, pocení, horečka, časté zívání, zarudnutí sliznice nosu, excesivní sání, zvracení či regurgitace, řídká nebo také vodnatá stolice, křeče a metabolické a respirační poruchy. Co se týká léčby a následného sledování dalšího vývoje novorozence s abstinenčními příznaky, je často využívána metoda vytvořena Finneganovou, dětskou lékařkou a je mezinárodně doporučována (Finnegan, 1990). Pro hodnocení NAS vytvořila systém hodnocení abstinenčního novorozeneckého syndromu u dětí, jež byly vystaveny prenatálně heroinu nebo metadonu. Sleduje se 21 příznaků a hodnotí se od 1 do 5 bodů. Některé se hodnotí i dle intenzity nebo také délky, kdy příznaky trvají. Diagnóza NAS se stanoví, pokud je skóre 8 a více bodů po sobě jdoucích hodnocení. Příznaky NAS mohou trvat ještě 3-4 měsíce po porodu (Vavřínková, 2008).

## 6.1.3 Infekční nemoci přenosné z matky na dítě

Infekce získané prenatálně mohou být Syfilis, Toxoplazmóza, Rubeola a Hepatitida B, C, HIV a herpes virus. Gonokokové infekce jsou nebezpečné, poněvadž mohou způsobit konjunktivitidu a následné oslepnutí. Herpes virus genitalis je kontraindikací k přirozenému porodu, poněvadž hrozí encefalitida se smrtelným průběhem. Mykotické infekce u novorozence způsobují postižení sliznic a pokožky novorozence. Příznaky infekce se u novorozence objeví do 24 hodin (Borek, 2008).

### Syphilis

Jedná se o sexuálně přenosné onemocnění, jehož infekce se přenáší sexuálním kontaktem nebo transplacentárně. Infekce plodu může proběhnout v jakémkoli stupni těhotenství a může se nakazit v každém stádiu nemoci. Riziko poškození plodu stoupá s tím, čím dříve nastal v těhotenství kontakt s infekcí. Těžké infekce mohou zapříčinit intrauterinní smrt plodu, potrat nebo se narodí dítě již se známkami infekce (časná kongenitální syfilis). Novorozenec se může narodit s hepatitidou, postižením sliznic, splenomegalií, anémií a mnoho dalšími. S těmito příznaky se dnes lze setkat jen velmi zřídka, poněvadž se provádí prenatální screening a léčba. Dále existuje také pozdní kongenitální syfilis, kdy se vytvoří stigmata, kongenitální syfilis. Ženy, u kterých se vyskytne vřed na genitálu, by se měl provést test jak na syfilis, tak na herpes genitalis. Se souhlasem pacientky se doporučuje též vyšetřit na HIV a v neposlední řadě screening

z pupečnickové krve na syfilis. Lékem volby je penicilin v kombinaci s kortikosteroidy (Mašata, 2006).

### **Toxoplazmóza**

Toxoplazmóza se přenáší orálně-alimentární cestou při špatném tepelném upravení konzumovaného jídla. Nákaza prostupuje placentou a na plod se v třetím trimestru přenáší infekce v 75-90 %. U dětí s touto infekcí se mohou objevit křeče, mikrocefalie, hydrocefalus, opožděný vývoj a hluchota (i několik let po samotném porodu). U 20 % dětí se infekce klinicky projeví (mají natolik závažná postižení).

### **Cytomegalovirové infekce**

Cytomegalovirus je jeden z nejčastějších původců perinatálních infekcí. Infekce je spjata s nízkou porodní hmotností, mikrocefalií, mentální a motorickou retardací, hepatosplenomegalií, ikterem a dalšími. Nejvíce efektivní se pro průkaz infekce jeví zjištění přítomnosti viru v plodové vodě (Mašata, 2006).

### **Zarděnky**

Virus v období viremie proniká placentou, může nakazit plod a dále se rozmnožuje v jeho orgánech. Následkem infekce mohou být vrozené vady, jako je zarděnková embryopatie a fetopatie. Pokud se u ženy v průběhu těhotenství objeví podezření, že přišla do kontaktu s virem, měla by podstoupit cílené vyšetření. Projevem kongenitální infekce je Gregorova trias, která obsahuje vrozené vývojové vady srdce, vady oka a hluchotu. Děti jsou hypotonické a špatně prospívají, nejsou vyloučeny ani poruchy chování a psychomotorická retardace. Transplacentární infekce je vyloučena u žen, které již mají v sobě protilátky po prodělané infekci či očkování. Průkaz infekce zjišťujeme serologickým vyšetřením (Mašata, 2006).

### **HIV infekce**

V ČR se u všech těhotných, dle Mašaty (2006), provádí odběr na protilátky proti HIV, případné pozitivní případy jsou odkázány na kliniku infekčních nemocí FN Bulovka. Těhotenství bývá ukončeno plánovaným císařským řezem, aby se předešlo vertikální infekci z matky na plod. Rizikem vertikálního přenosu infekce se zvyšuje předčasný porod, nízká porodní váha a kojení. Riziko přenosu infekce na kojené děti je vyšší u matek, které se nakazily postnatálně. Po porodu se dítěti dává polyvalentní imunoglobulin.

### **Kapavka**

Mašata (2006) uvádí, že kapavka je velmi často ve spojení s dalšími pohlavně přenosnými chorobami, jako jsou například syfilis či HIV. U žen probíhá výrazně mírněji než u mužů a má asymptomatický průběh, který se může v průběhu těhotenství zhoršovat.

Nejvýraznějším příznakem je hnisavý výtok z uretry, děložního hrdla a anu. Riziko pro novorozence tvoří intrapartální infekce spojivkového vaku. Proto je nutný výplach 0,5% Ophthalmo-septonexem.

### **Urogenitální chlamydiové infekce**

Chlamydia trachomatis je nejčastější sexuálně přenosné bakteriální agens. Při perinatální expozici je riziko infekce pro novorozence 60-70 %. U novorozenců se může rozvinout konjunktivitida (u 20-50 %) a pneumonie (10-20 %). Zda může tato infekce zavinit předčasný porod, není zcela známo, nicméně u žen s prokázanou infekcí je zvýšené riziko děložní činnosti. Definitivní léčba se doporučuje až po ukončení těhotenství, nicméně se jako léky první volby požívají makrolidy (Mašata, 2006)

### **Hepatitida A**

Není spojena s rizikem kongenitálních abnormalit.

### **Hepatitida B**

Hepatitida B se dle Mašaty (2006), přenáší při sexuálním kontaktu, krevními deriváty a v neposlední řadě z matky na plod. Pokud se novorozenec infikuje při porodu, je možné, že se u něj vyvine chronické nosičství infekce až v 80 %. Preventivně se provádí očkování u dětí, jenž se narodily matkám s hepatitidou B.

### **Hepatitida C**

Riziko přenosu u séropozitivní matky je 2 %, u žen s virémií se zvyšuje riziko na 7 % a současně s HIV stoupá riziko na 20 %. Přenos mateřským mlékem nebyl prokázán. U léčby Hepatitidy C v těhotenství se nedoporučuje běžně používaná léčba ribavirinem či interferonem (Mašata, 2006).

### **Streptokoky B**

Mašata (2006) říká, že časná forma infekce se objeví do 5 dne života a nejčastěji začíná už kolem 20 a 48 hodiny. Infekci celkově předchází předčasný odtok plodové vody, protahovaný porod a horečka matky, která se objevuje v průběhu porodu. Pozdní forma infekce začíná v rozmezí 7 dne až 4 měsíce života a má průběh jako hnisavá meningitida. Před porodem by měla být aplikovaná antibiotika, nejlépe minimálně několik hodin před porodem.

### **Genitální herpes v těhotenství**

Tato onemocnění jsou v těhotenství velmi vážná a jen vzácně se přenášejí transplacentárně na plod. Častěji dochází k vertikálnímu přenosu při porodu. Nejzávažnější komplikací je neonatální herpes, kdy při infekci novorozence může být postižena kůže,



játro i CNS. Novorozenecká mortalita v tomto případě může dosáhnout až 70 % a po podání acikloviru se snižuje na 40 % (Mašata, 2006).

#### **6.1.4 Poruchy růstu**

Intrauterinní růstová retardace (IUGR), je podle Hájka (2006), opoždění růstu a vývoje intra utero, podle UZ biometrie o 3-4 týdny ve vztahu ke gestačnímu stáří. V současnosti se používá termín FGR (Fetal growth restriction), jenž takto označuje plody, které nedosáhly svého růstového potenciálu, poněvadž došlo k patologickému procesu intra utero. Mezi časté příčiny IUGR patří vliv konstituce, kdy narození dětí s menší porodní hmotností má souvislost s genetikou na podkladě habitů, etniky nebo rasy. Genetické faktory, tedy řada genetických onemocnění, může pak zapříčinit růstovou retardaci již na samém počátku těhotenství. Dále uteroplacentární průtok, kdy alterace uteroplacentární perfuze ovlivňuje růst plodu a neposlední řadě je důležitý i vliv prostředí (kouření). Neexistuje žádná specifická léčba IUGR, avšak lze alespoň přechodně zlepšit klidovým režimem, dietou, polohováním těhotné, oxygenoterapií a dalšími.

### **6.2 Dlouhodobé důsledky**

#### **6.2.1 Porucha pozornosti ADD a ADHD**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) je poruchou založenou na biologickém podkladě a její vznik není výsledkem špatného přístupu rodiny k dítěti či nepřijemnými dispozicemi ze strany dítěte (Munden, 2006). V jiné literatuře je lze najít i označení hyperkinetická porucha, která se dělí na dva typy, tedy poruchu aktivity a pozornosti, a hyperkinetickou poruchu chování. S poruchami pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou též úzce souvisí poruchy chování. U dětí se může dlouhodobě projevat agresivita, opoziční chování, lhaní, krádeže a podobně. V pozdějším věku mohou být projevy závažnější, tedy mohou mít asociální či predelikventní charakter (Drtílková, 2007). Někdy se též zaměňuje za ADD (Attention Deficit Disorder), což je porucha pozornosti. Oba termíny vypadají zdánlivě stejně, nicméně se vztahují pouze k podobným onemocněním. Člověk mající ADHD má potíže se soustředěním, je impulzivní a hyperaktivní a oproti tomuto člověk s ADD má problémy spojené s impulzivitou a soustředěním, avšak nebývá hyperaktivní. Uvádí se, že kritéria pro ADHD jsou mírnější oproti kritériím hyperkinetické poruchy. Tato diagnóza může být stanovena dítěti, které má pouze poruchy pozornosti bez hyperaktivity a impulzivity, a nebo se objevuje hyperaktivita a impulzivita, bez poruch pozornosti (Drtílková, 2007).

Veškeré projevy chování je potřebné hodnotit vzhledem k vývoji dítěte, jeho věku, určitém vývojovém stupni, kdy mnoho dětí mívá problém s udržení pozornosti, impulzivním chováním, nerespektováním pravidel a problémy s kontrolou svých emocí. Pokud se jedná o diagnostiku, dítě může mít problém s pozorností a neklidným chováním,

ale nemusí být do takové míry handicapované, pokud se jeho okolí adapтуje na potřeby dítěte (Pokorná, 2001).

## **ADHD**

Klíčovými symptomy ADHD jsou podle Mundeny (2006), nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Aby bylo možné ADHD diagnostikovat, musí se dané symptomy vyskytovat ve vyšším počtu a v dostatečném stupni postihovat schopnosti člověka. Odborníci tuto poruchu určují pomocí dvou diagnostických kritérií MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí) a DSM-IV (klasifikační systém Americké psychiatrické asociace). V ČR dávají odborníci přednost diagnostickým kritériím podle MKN-10.

Dle MKN-10, se hodnotí:

**Nepozornost:** 1. Špatné soustředění na podrobnosti nebo chyby z nepozornosti, 2. Neudrží pozornost při hře nebo plnění úkolů, 3. Zdá se, že jedinec neposlouchá, co se mu říká, 4. Není schopen postupovat dle pokynů nebo dokončit své povinnosti (ne z důvodů nepochopení zadání či stavění se do opozice), 5. Často není schopen si uspořádat činnosti, 6. Vyhýbá se věcem, které vyžadují soustředění, 7. Často dochází ke ztrátě věcí, jež jsou potřebné pro výkon činností či úkolů, 8. Dá se lehce vyrušit vnějšími podněty, 9. Při běžných činnostech je zapomnětlivý. Pro určení diagnózy se musí vyskytnout alespoň šest příznaků, které trvají déle než šest měsíců a v takové míře, že způsobí nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu.

**Hyperaktivita:** 1. Často a bez příčiny pohybuje rukama i nohama, 2. V situacích, které vyžadují sezení, opouští své místo, 3. V nevhodných situacích pobíhá, 4. Je často nadměrně hlučné, má problém s tím se chovat tiše, 5. Trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu a není schopen se přizpůsobit požadavkům společnosti. Pro určení diagnózy se musí vyskytnout alespoň tři příznaky, které trvají déle než šest měsíců a v takové míře, že způsobí nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu.

**Impulzivita:** 1. Často odpoví rychleji, než byla dokončena otázka, 2. Často není schopen čekat (v řadě), 3. Skáče jiným do řeči a přerušuje je, 4. Nadměrně mluví a nebere ohled na společenské zvyklosti. Pro určení diagnózy se musí vyskytnout alespoň jeden příznak, který trvá déle než šest měsíců a v takové míře, že způsobí nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu (Munden, 2006).

V kojeneckém věku je ADHD těžko diagnostikovatelné (lze diagnostikovat až od 3 let), přesto se však může projevovat tak, že je dítě neklidné, křičí a má problémy s usínáním. Děti jsou v noci čilé a dožadují se pozornosti a spí přes den (Drtilková, 2007). Dětem s ADHD, podle Mundeny (2006), v pozdějším věku, činí největší potíže hyperaktivita a impulzivita, poněvadž díky tomuto jsou více středem pozornosti oproti svým vrstevníkům. Nelze opomíjet ani to, že se nedokážou delší dobu na něco soustředit,

a učení je proto pro ně velmi náročné. Děti s ADHD mohou mít i jiné problémy, jako jsou poruchy autistického spektra, obsedantně kompulzivní porucha či Turettův syndrom. Z dalších psychických problémů lze pozorovat poruchu opozičního vzrodu (hádky s dospělým, odmítají spolupráci), poruchy chování (krádeže, agrese, destruktivní chování), asociální či delikventní chování, deprese, emoční problémy a problémy spojené se sociálními dovednostmi. Tyto problémy jsou zde zdůrazněny z toho důvodu, že mohou výše zmiňované ADHD zakrývat a může dojít k určení nepřesné diagnózy či terapeutického postupu.

Možné příčiny symptomů rozděluje Munden (2006), ve své knize *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, na genetické, neurofyziologické, neurochemické, toxikologické či alergické, dietetické, traumatické či psychosociální faktory. Z výše zmíněných příčin je podstatné, v rámci této práce, abych se zaměřila na toxikologii, jako jednu z možností vlivu na dítě, ve spojitosti s ADHD. Pokud je dítě zejména před narozením vystaveno cigaretovému kouři nebo alkoholu, může dojít k poškození mozku, což může mít za následek projevy podobné příznakům ADHD. Není jasně prokázáno, že by cigarety nebo alkohol způsobovaly ADHD, nicméně při pokusech na zvířatech bylo prokázáno, že nikotin a alkohol mohou způsobit abnormální vývoj mozkových struktur a bylo by tedy možné předpokládat, že se něco podobného může odehrát i při vývoji lidského mozku. Symptomy ADHD jsou úzce spjaty s Fetálním alkoholovým syndromem (užívání alkoholu během těhotenství). Toto tvrzení podporuje i Drtílková (2007), která v rámci rizikových negenetických faktorů, tedy ke konzumaci alkoholu a kouření v těhotenství, upozorňuje na riziko nízké porodní váhy, předčasného porodu a nedostatku kyslíku pro dítě (viz kapitola výše). ADHD se může projevit i v rámci rodiny, kdy někdo z příbuzných má podobné problémy (Yarney, 2014).

### **Subtypy ADHD**

ADHD s převahou poruch pozornosti

A/HD typ hyperaktivně impulzivní

ADHD typ kombinovaný

ADHD typ nespecifický

ADHD v částečné remisi

### **Porucha pozornosti ADD**

Pro děti s ADD je charakteristické snadné rozptýlení vnějšími podněty, problém s nasloucháním a plněním úkolů, potíže zaměřit svoji pozornost a udržet ji na konkrétní úkol, potíže se soustředěním a dokončením úkolu, nepořádnost a problémy se samostatnou prací (Vymazalová, 2010) – školní psychologka.

## **Hyperaktivita**

Hyperaktivita je více nápadná v situacích, kdy se po dítěti vyžaduje vysoký stupeň sebekontroly chování. Děti nechtějí spát během dne a večer mají problémy s usínáním. Děti ve škole jsou velmi živé a neklidné. Velmi těžce se dají usměrnit, nedokážou delší dobu sedět v klidu, vstávají a pobíhají. Jsou upovídané, vyrušují spolužáky a nelíbí se jim aktivity, kdy mají být v klidu a potichu (Drtílková, 2007).

## **Porucha pozornosti**

Děti mají často problém s pozorností, která se snadno odpoutává, rozptylují se, mají problém s dokončením úkolů, pro jejichž plnění je potřebné soustředění a trpělivost. Dělají mnoho chyb z nepozornosti a ve škole mají nevyrovnaný prospěch. Ve svých věcech nemají pořádek, často zapomínají nebo ztrácí hračky a pomůcky do školy. Děti mají problém soustředit se na hovor s dospělým a mnohdy jim unikají důležité informace, a rodiče musí některé povinnosti i několikrát opakovat (Drtílková, 2007).

## **Impulzivita**

Drtílková (2007) uvádí, že děti s hyperkinetickou poruchou jednají spíše impulzivně a chaoticky, než aby plánovali a postupovali systematicky. Tedy nejdříve jednají a až po té přemýšlí. Nemají rádi čekání a bez rozmyslu se pouštějí do jakékoli nebezpečné aktivity. Neustále přerušují ostatní ve snaze ukojit svoji potřebu nutného sdělení. Mají problém s uznáváním autorit, posloucháním příkazů a zákazů a podrobení se disciplíně.

### **6.2.2 Poruchy chování**

Poruchy učení a chování jsou spolu velmi úzce spjaty. Proto považují za nutné zde uvést obě složky, které se mohou vyskytovat též u dětí s abúzem drog u matky v těhotenství.

*„Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídajícího jeho věku, eventuálně na úrovni svých rozumových schopností“* (Vágnerová, 2004, s. 779). Příčiny vzniku poruch chování mohou být různé a také spolu mohou vzájemně interagovat. Mohou se zde objevovat genetické dispozice, biologické dispozice (narušení struktury či funkcí CNS- jako důsledek porodního postižení nebo úrazu hlavy), inteligence (neovlivňuje tolik) a vliv sociálního prostředí, jako je rodina, která může být neúplná a neplní své funkce, dále skupina vrstevníků, subkultury a sociální skupiny (Vágnerová, 2004).

V předškolním věku se často vyskytuje porucha opozičního vzdoru a rozvíjí se na možném podkladě hyperaktivity. Raný školní věk může odhalit různé nápadnosti v chování, avšak mohou být pouze vývojově podmíněným výkyvem. V pozdějším věku,

což je pozdní školní věk a dospívání se objevuje důležitost skupiny (škola), budování své pozice v kolektivu a může se objevit i šikana. Poruchy chování lze dělit z hlediska prostředí, ke kterému se vymezuje, jako dle MKN-10, poruchy chování ve vztahu k rodině a poruchy chování vázané na skupinové aktivity v partě. Další rozdělení poruch chování je podle charakteru buď neagresivní, jako je například lež, záškoláctví, útky a toulání, a agresivní poruchy chování, jako je šikana, vandalismus a rvačky (Vágnerová, 2004).

### 6.2.3 Poruchy učení

Existuje mnoho teorií, které pojednávají o příčinách, které se v konečném důsledku projevují jako poruchy učení. Teorie se liší podle pozice, ze které vycházejí (psychiatrie, neurofyziologie a podobně). Pokud teorie vyhází z jevové stránky, lze nalézt příčiny v poruchách vnímání, řeči, motoriky či nevyhraněné laterality (Zelinková, 1994). Velmi vhodná se mi jeví tato definice: „*Specifické poruchy učení mohou být definovány jako: neočekávatelný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení*“ (Selikowitz, 2000, s. 11). Oblasti, jež mohou být v rámci specifických poruch učení postižené, rozděluje Selikowitz (2000), do dvou skupin. V první skupině se objevují spíše školní dovednosti, jako je čtení, psaní, matematika a jazyk. Ve druhé skupině je zahrnuto učení se vědomostem jako vytrvalost, organizace, sebekontrola a koordinace pohybů.

Většina dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení, tedy konkrétněji poruchami čtení a psaní. Nejsou schopni se dostatečně soustředit a cokoli v okolí je vyruší a mohou přeslechnout pokyn učitele (Munden, 2006). Poruchy psaní se často vyskytují u dětí s poruchou čtení. Příčiny poruchy psaní mohou být u každého dítěte jiné, avšak nejčastěji se objevují pohybové potíže (dyspraxie-dítě ví, jak se má vytvořit písmeno, ale část mozku, která má za úkol, aby se tyto úkony provedly postupně bez přerušení, nefunguje) a vada vizuálního vnímání (postup při rozpoznávání písmen, kdy dochází k poruše mechanismu, kterým mozek vyjadřuje podněty získané z očí). U poruch čtení se jedná o stav, který je nazýván dyslexií. Diagnóza specifické poruchy čtení vyplývá spíše ze stupně opoždění ve čtení, než na chybách, které dítě dělá (Selikowitz, 2000).

### 6.2.4 Syndrom mrtvého plodu a SIDS

Syndromem mrtvého plodu se rozumí úmrtí v těhotenství a za porodu, kdy má plod hmotnost vyšší než 500 g bez známek života. Příčiny tohoto syndromu lze rozdělit na mateřské, kdy onemocnění matky zapříčiní úmrtí plodu. Řadí se sem cukrovka, abúzus léků a drog, srdeční choroby, plicní choroby a jiné. Příčiny ze strany plodu jsou vrozené poruchy metabolismu, bakteriální nebo virové infekce, chromozomální aberace, dále příčiny placentární a pupečnickové, tedy placenta praevia či její abrupce, insuficience placenty i IUGR a další (Hájek, 2004).

Syndromem náhlého úmrtí kojence (SIDS), je označován stav, kdy dítě náhle objevíme mrtvé. Kojenec tedy předtím nevykazoval projevy nemoci, a tedy se při pitvě nezjistila příčina smrti. SIDS může postihnout kojence do šesti měsíců a nejčastěji se objevuje mezi 2. – 4. měsícem (Tláškal, 2016).

### **6.2.5 Vrozené vývojové vady**

Hájek (2006) pojednává o tom, že vývojové vady mají několik příčin a lze říci, že na jejich vzniku se podílejí příčiny jak exogenní tak genetické. Do exogenních příčin se řadí infekce, jež jsem popsala blíže v kapitole 6.1.3., ionizační záření, které má vliv především na vývoj centrálního nervového systému, chemikálie a léky, nedostatky ve výživě a mechanické faktory. Genetické příčiny jsou na úrovni genů a chromozomů a řadí se sem například genopatie (poruchy vzniklé mutací), embryopatie (na podkladě infekce či toxinů), blastopatie a fetopatie. Vrozené vývojové vady lze dělit i podle klinických hledisek na vady hereditární, chromozomální aberace a multifaktoriální vady. Pro úplné dokreslení této kapitoly dále uvedu u každého rozdělení několik důležitých informací.

#### **Hereditární genetická onemocnění**

Tato onemocnění se dělí na dominantní dědičnost, kdy jedna abnormální alela v páru stačí k projevu patologického znaku a přenáší se z generace na generaci. Příkladem může být achondroplazie (krátké končetiny a malý vzrůst v dospělosti) a srpkovitá anémie (hemolytická anémie spojená s poruchami prospívání). Recessivní dědičnost pak vzniká na podkladě toho, že jsou obě alely abnormální. Příkladem může být cystická fibróza a vrozené poruchy metabolismu uhlohydrátů (galaktosurie). X-vázaná recesivní dědičnost znamená, že abnormální gen je vázán na chromozom X. Tedy ženy jsou přenašečkami a potomci mužského pohlaví onemocní a potomci ženského pohlaví jsou opět přenašečkami. Zde mohu uvést například hemofilii A - porucha srážlivosti krve (Hájek, 2006).

#### **Chromozomální aberace**

Vyznačují se, dle Hájka (2006), změnou počtu chromozomů nebo odchylkami v jejich struktuře. Do této části se řadí i numerické chromozomální aberace, jako jsou Downův syndrom, kde riziko vzniku stoupá s věkem matky, Edwardsův syndrom a další.

#### **Multifaktoriální dědičné vady**

Na výskytu takto dědičných vad se podílejí kongenitální infekce, více genů v interakci s vnějším prostředím a etnická závislost. Příkladem těchto vad mohou být rozštěpy patra a rtu, vrozené srdeční vady či vrozené luxace kyčlí (Hájek, 2006).

## **7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **1.1 Cíle výzkumu**

1. Porovnat v literatuře téma problematiky těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními nelegálními látkami.
2. Porovnat v literatuře téma problematiky těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními legálními látkami.

### **7.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Dochází u dětí, u jejichž matek bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání návykových látek, ke vzniku vývojových vad?
2. Dochází u dětí, u jejichž matek bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání návykových látek, ke vzniku poruch spojených s pozorností?
3. Může užívání návykových látek ovlivnit vývoj plodu během těhotenství?

## 8 POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

### 8.1 Metody

Pro účely této práce jsem zvolila metodu zpracování ve formě obsahové analýzy, což je jedna z možností analýzy textu a v širším pohledu i jiných materiálů (vizuální materiály, filmy, oděvy, artefakty lidských činností apod). V rámci tohoto zpracování pak budu využívat kvalitativní obsahovou analýzu textového materiálu. Definice obsahové analýzy se trochu liší od autora k autorovi, záleží, zda obsahovou analýzu považuje za čistě kvantitativní metodu či se spíše přiklání k metodě kvalitativního využití. Níže bych uvedla pro celkové dokreslení několik definic známých autorů. Dle Hendla (2008, s. 388) je obsahová analýza definována jako: „*analýza dokumentů a textů s cílem rozkrýt jejich vlastnosti s ohledem na položenou otázku. V kvantitativní analýze jde o zjištění četnosti výskytu předem daných kategorií, případně vztahy mezi výskytů jednotlivých kategorií v jednotkách textu.*“ Oproti tomu Ferjenčík (2000) například zdůrazňuje, že obsahová analýza nemusí být jen jednou z metod, ale je i skupinou metod, které se používají na rozbor písemných dokumentů. Poněvadž se jedná o více různých metod, není dle jeho mínění jednoduché ji definovat pomocí univerzální definice. Miovský (2006) pojednává o obsahové analýze jako o širokém spektru dílčích metod a postupů, které slouží k analýze různých textových dokumentů a jejichž cílem je objasnit jeho význam, identifikovat stylistické či syntaktické zvláštnosti a určit jeho strukturu.

Mezi základní kategorie analýzy samotné, dle Miovského (2006), patří námět, obsah a forma. Tedy prostřednictvím klasifikace a kategorizace získáme a zpracujeme jednotky analýzy, aby se pak následně mohly kupříkladu statisticky zpracovat a po té interpretovat výsledek. Pokud se postupně rozkrývají jednotlivé části, o nichž jsem psala výše, zjistíme, že námět zkoumáme proto, že chceme zjistit, co sloužilo jako zdroj inspirace ke vzniku zkoumaného dokumentu. Lze se zabývat tím, proč byl text vytvořen a reflektují se v něm některé identifikované podněty nebo zdroje jeho inspirace. Další částí je obsah, který se zabývá hlavním tématem a způsobem, jakým bylo téma rozvíjeno (Miovský, 2006).

V rámci obsahové analýzy je zejména nutné diskutovat, co bude základní jednotkou analýzy a jaká bude její velikost. Ferjenčík (2000) se ve své publikaci *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* zabývá čtyřmi základními možnostmi (kategoriemi). V první řadě udává, že analytickou jednotkou může být jednotlivé slovo nebo symbol a tedy se text rozloží na jednotlivá slova a postupně se přiřazují do stanovených kategorií. Druhou možností a pro tuto práci velice podstatnou je zaměření se na téma, které je zde chápáno jako tvrzení či výrok (nerozumí se tím námět textu). Třetí možností, tedy analyzovanou jednotkou je charakter (vlastnost či osoba). Poslední



kategorie pojednává o největší jednotce, oproti první kategorii neanalyzuje slova, nýbrž velké celky (věty, odstavce), které se vztahují ke zkoumanému tématu.

Pokud chci pracovat s obsahovou analýzou je možné, dle Pichtové (1996), zvolit buď manifestní obsahovou analýzu, která zkoumá základní rámec textu, tedy jeho explicitní rovinu nebo interpretativní obsahovou analýzu, která zkoumá implicitní významy, které jsou skryté v textu. Obě tyto metody je vhodné kombinovat a získat tím výhodu obou přístupů. Kódovaná data je posléze možné analyzovat pomocí kvalitativních metod nebo metod statistických, mezi které lze zařadit kupříkladu analýzu seskupování kódů apod.

#### **Výhody využití obsahové analýzy dokumentů:**

- metoda je jednoduchá a systematická,
- univerzální (jakýkoli soubor textových dat),
- využívá se především tam, kde není možné či účinné uplatňovat jiné metody zkoumání.

#### **Nevýhody využití obsahové analýzy dokumentů:**

- nesprávně provedené interpretace získaných informací, nepodložené závěry, značná subjektivita
- nutnost ověření a triangulace dat - získávat data z více různých zdrojů (Dvořáková, 2010)

## **8.2 Aplikace v praxi**

Pro účely této práce, konkrétně pro její analytickou část, jsem si zvolila několik českých monografií a článků z odborných časopisů jako základní materiál obsahové analýzy. Jako velmi vhodná se mi jevila literatura spjatá s gynekologií a porodnictvím. Tedy knihy: *Porodnictví* (2006) od prof. Mudr. Čecha, DrSc. (eds.). Jako dvě do popředí jdoucí monografie jsem si vybrala knihu od Velemínského M., Žižkové, B. (eds.)(2008) *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, dále knihu *Návykové látky v těhotenství* od Vavřínkové, B. a Bindera, T. (2006). Tito dva poslední autoři publikují i odborné články na podobná témata. Dále odborné články: *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013) od Kostiuka, *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010), Nešpor, *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007) od Sedláčkové a Žižkové. V neposlední řadě jsem do celkové analýzy zařadila i články zahraničních autorů. První text je od autorů Ravidu Gunatilake, MD a Avinash S. Patila, MD, kteří napsali článek pro The Merk Manuals (příručka v USA, nejrozšířenější zdroj lékařských informací) s názvem *Drugs in pregnancy* (2013). Další zahraniční článek *Drug Use and Pregnancy* (2014), je od Kecii Gaither, která jej sestavila z anglicky psaných textů

a lékařských článků pro program WEBMD (lékařský portál zaměřený na tematizování lékařských informací a jejich prezentaci i laické veřejnosti).

Tyto publikace a autory jsem si zvolila zejména pro jejich snadnou dostupnost, pro jejich obsahové zaměření i pro to, že jsou v rámci kýženého diskurzu hojně citováni a tematizováni. Jinými slovy mají v rámci našeho socio-politického kontextu „autoritativní postavení“ (argumenty, v nich obsažené, jsou diskutovány ve veřejném prostoru) vzhledem ke zvolené výzkumné problematice. Zároveň jsou tyto texty volně dostupné i široké veřejnosti a bylo tak možné zkoumat, zda je dostupná literatura dostatečně vypovídající o daném tématu, a zda odpovídá na výzkumné otázky.

V jednotlivých textových materiálech budu zásadně vysvětlovat a následně diskutovat předem určené kategorie, které jsou výsledkem četby textů, zabývající se zvolenou tematikou, a které jsou ilustrovány názvy jednotlivých podkapitol. Jedná se zejména o kategorie nikotin, alkohol, léky v těhotenství, opioidy, stimulační látky, halucinogeny a těkavé látky. Na pozadí analýzy zvolených textů a za využití definovaných kategorií analýzy si kladu za cíl odpovědět na vytyčené výzkumné otázky. Zejména budu zhodnocovat, zda mnou zvolené textové materiály dostatečně či nedostatečně mapují zkoumanou problematiku a zároveň v čem konkrétně jsou jednotlivé texty a v nich obsažená tvrzení přínosná či v čem specificky spočívají jejich limity. Výsledkem analýzy pak bude nejen relevantnost konkrétních textů k dané problematice, nýbrž skrze implicitní i explicitní rovinu analýzy textů také přehledné odpovědi na otázky, nastolené v rámci jednotlivých kategorií.

Dojem z textových dokumentů byl trochu nekoherentní. Při celkové analýze pro mne bylo podstatné rozdělit si nejdříve texty podle toho, zda se jedná o knihu, časopis či online časopis. Dále jsem porovnávala nejdříve texty knih, které plynule přecházely v české články tištěné až po články internetové a v neposlední řadě zahraniční články. V každé kapitole, která byla zaměřena na jednotlivé skupiny návykových látek, jsem použila stejnou strukturu analýzy a porovnávala jsem je stejným způsobem, aby nedošlo k nepřehlednosti, co se týká závěrečné komparace. Výstupem z těchto textů by měla být ucelená představa o tom, zda je u těhotných uživatelů návykových látek negativně ovlivněn vývoj plodu, a taktéž by tato práce měla najít odpovědi na mnou vytyčené výzkumné otázky.

Co se týká nejen obsahu textů, všimla jsem si i rozsahu textu, který konkrétní autor jistým skupinám návykových látek věnoval. Pro celkový pohled na danou problematiku bylo potřebné si všimnout právě i rozsahu, poněvadž jsem v tom spatřovala i skryté drobné preference, co je pro autora podstatné, čemu dává přednost či co mu přijde v jiné literatuře málo výrazné a on to vnímá jinak, a proto nějaké téma rozpracoval více. V analýze tomuto nepřikládám přílišný vliv, nicméně jak už jsem psala výše, vnímám to jako zajímavé sdělení či vedlejší produkt analýzy obsahu textů.

Samotná metoda obsahové analýzy má nejen své výhody, ale i limity. Avšak daná metoda se systematicky dala aplikovat na mnou zvolené texty bez ohledu na druh (kniha, časopis) a je tedy univerzální. Vnímám jako důležité zde uvést i limity, které vyplývají z využití této metody. Musela jsem si všimnout, zda mají autoři svá tvrzení podložena dalšími zdroji či citacemi. Zda se autoři o danou problematiku dostatečně zajímají a nevytvářejí pouhé spekulace či nepodložené závěry. Tedy proto jsem začala obsahovou analýzu od knih a postupovala jsem k internetovým zdrojům a postupně jsem si validizovala své předpoklady ve srovnání se zkoumanými autory. Jakýmsi limitem řekla bych, je i jistá nutnost ověření dat. Jak jsem již psala výše, při aplikaci této metody je velmi důležité data získávat z více různých zdrojů, pro nutnost ověření získaných dat.

Tuto metodu jsem zvolila proto, že se mi zdála vhodnější než metoda, jejíž součástí by byl i výzkum spojený s dotazníkovým šetřením či rozhovory. Což jsem po rozhovoru s vedoucí své práce zohlednila a zdála se mi obsahová analýza textu velmi vhodná. Někteří autoři ve svých textech uvedli i odkazy na studie spojené s užíváním návykových látek v těhotenství a také z nich ve svých textech vycházeli. Také jsem při výběru a rozhodování se mezi teorií a praxí zohlednila i to, že konkrétní budoucí respondentky, samozřejmě mají možnost výzkum odmítnout, což jsem předpokládala, by se stalo ve většině případů. Taktéž by tomu mohlo být i případně u výzkumu, který by pracoval s gynekologickými pracovníky, tedy lékaři, kteří by pro nedostatek času nemohli dotazníky vyplnit.

Pozitivně také vnímám to, že mnou zvolená metoda objektivně zmapuje zvolené texty, a na základě faktů, která jsou zjištěna odborníky ve svém oboru, mohou porovnat jednotlivé texty a následně dojít k závěru, ve kterém se mohou a i nemusí autoři shodovat. To znamená, že texty, které jsem zkoumala, jsou úzce spjaté s gynekologií, porodnictvím a v neposlední řadě s adiktologií, která protkává více či méně mnoho rozličných oborů. Nicméně, co se týká tohoto tématu, se autoři textů, které jsem zpracovávala, v mnohém shodli a lze říci, že dospěli ke společnému závěru, i když se rozsahově či popisně poněkud lišili, což lze přičíst tomu, kde se aktuální text zrovna nacházel, tedy zda byl v podobě článku či publikace.

## 9 LEGÁLNÍ DROGY V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH MOŽNÝ VLV NA PLOD A NOVOROZENCE

### 9.1 Alkohol

Prvními autory, jejichž textem se budu zabývat, jsou Velemínský a Žižková, kteří se v části své knihy zabývají působením drog na těhotenství, porod a následný vývoj dítěte. Ve výčtu ostatních drog se ve své publikaci *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008) zabývají i alkoholem. Přestože jsou Žižková a Velemínský editoři onoho textu, podíleli se zásadně i na jeho autorské tvorbě, z tohoto důvodu je v práci budu označovat shodně jako autory. Velemínský spolu s Žižkovou řadí alkohol společně s cigaretami za nečastěji používanou drogu, která je součástí běžné společnosti, kultury a sociálního života. Možná právě proto svoji kapitolu o vlivu drog na těhotenství začali právě alkoholem a nikotinem. Autoři se na počátku textu zabývají tím, že alkohol obecně působí nepříznivě na lidské orgány a to především na mozek, nervový systém a játra. Z mého pohledu je zde důležité toto zobecnění, poněvadž konzumace alkoholu v těhotenství ohrožuje nejen těhotnou samotnou, ale hrozí i poškození plodu. Co se týká poškození plodu vlivem alkoholu, nabývám pocitu, že je tato skutečnost daleko více tematizována, než jakýkoli jiný vliv návykové látky ať už je legální či nelegální.

V textu autoři uvádí, že „...stále ještě není známa nejnižší dávka alkoholu, která může způsobit poškození plodu“ (Velemínský, Žižková, s. 36, 2008). Z tohoto tedy vyplývá, že i běžná konzumace alkoholu je potencionální nebezpečí již na samém počátku těhotenství. Jedná se též o dobu, kdy žena ještě neví, že je těhotná. Poukazují zde na to, že pokud žena plánuje těhotenství, bylo by vhodné se alkoholu vyhýbat. Dále Velemínský s Žižkovou do svého textu zakomponovali i dánské studie, které jen podtrhly důležitost celého tématu. Z těchto studií vyplývá, že 70-80 % dánských těhotných žen konzumuje alkohol během těhotenství a 18 % těhotných žen vypilo alespoň jednou v průběhu těhotenství větší množství alkoholu. Z těchto studií je zřejmé, že se rodí více dětí, které byly v prenatálním vývoji vystavené působení alkoholu a hrozí jim nebezpečí vrozených vad a trvalých poškození. Podle mého mínění zde autoři na podkladech uvedených studií dokreslují představu o konzumaci alkoholu těhotných. Neopomínají ani zmínku o západním světě, kde je alkohol považován za častou příčinu mentální retardace a také uvádí, že je to zároveň jediná věc, které lze předejít. V textu též odkazují na další odborné články, jež dokládají jejich tvrzení. Možná bych jen chtěla zmínit, že zde postrádám odkazy na české výzkumy či jen zmínku, jak je to v České republice.

Velemínský s Žižkovou se dále pouze okrajově zmiňují o tom, že alkohol může způsobit široké spektrum vrozených vad, které může přecházet od méně významných poškození přes kombinované handicapy a končí smrtí. Alkohol, stejně jako jiné návykové

látky prochází placentou, a tedy „...*krev plodu pak obsahuje stejné množství alkoholu jako krev matky*“ (Velemínský, Žižková, s. 37, 2008). Což je mnohem lépe představitelné, pokud se zamyslím nad tím, jak velké je tělo plodu a co s ním může udělat takový obsah alkoholu, jaký působí na matku. Jak již autoři zmínili na začátku svého textu, alkohol působí škodlivě na lidské orgány a u orgánů plodu to není jiné. Alkohol tedy může být strůjcem poškození mozku, negativně ovlivňuje růst dětských orgánů a může dojít i k znetvoření části těla i obličeje dítěte.

Se závislostí na alkoholu, jde ruku v ruce také FAS, neboli Fetální alkoholový syndrom, který se projevuje „...*charakteristickými rysy v obličeji, poškozením mozku a malým vzrůstem (nízká váha, výška a obvod hlavy)*“ (Velemínský, Žižková, s. 37, 2008). O FAS jsem se již zmiňovala v rámci porodních komplikací v důsledku užívání návykových látek, nicméně zde chci uvést i další pohled na celkovou problematiku. Velemínský se Žižkovou ve svém textu postupně rozpracovávají výše uvedené projevy FAS, a velmi podrobně se věnují jejich popisu, kdy pro obličej jsou charakteristické změny v oblasti očí (vzdálenost), epikantus, zaměřují se i na tvar nosu (široký, plochý hřbet), absence rýhy mezi nosem a horním rtem, malá brada, nízko posazené uši. Autoři dodávají, že tyto znaky v obličeji se mohou objevit buď najednou či jen některé z nich. Z mého pohledu se zabývají dokreslením FAS velmi výrazně a neopomínají ani fakt, že pro diagnostiku FAS by se měli u dítěte najít alespoň dva z výše uvedených znaků. Velemínský s Žižkovou do textu zakomponovali i možný vzhled dítěte s Fetálním alkoholovým syndromem, a je tedy více patrné, o jaké změny v obličeji se jedná. Neopomínají ani dodat, že některé charakteristické znaky v obličeji je těžké u novorozenců posoudit. Z toho tedy vyplývá, že celková diagnostika FAS je ohraničena i věkem než se dané znaky objeví u dítěte, jehož matka užívala v těhotenství alkohol. Velemínský s Žižkovou mne tedy utvrdili v tom, že u některých dětí může být FAS diagnostikován až ve školním věku, kdy se objeví i poruchy učení a chování.

Jako velmi přínosné zde zdůrazňuji, že se nechrání pouze fyzických znaků, ale zmiňují se i o tom, že potíže spjaté s FAS mohou být v naší společnosti považovány za hyperaktivitu s poruchou pozornosti nebo za opoždění psychomotorického vývoje. Je tedy důležité nahlížet na problematiku v širokém měřítku a nezabývat se pouze viditelnými projevy, ale postupem času analyzovat jednotlivé projevy a brát v úvahu i rodinou anamnézu. Dále se věnují poškozením mozku, které velmi strukturovaně již na počátku rozdělují na symptomy po porodu, jako jsou způsoby chování a reakce u novorozence. Dodávají, že se u některých dětí mozková poškození objeví až později. Tedy tuto problematiku nepojímají jako všeobecný pohled po porodu, ale rozšiřují ho i na další vývoj dítěte, kdy dítě pomalu roste a neprospívá, má opožděný psychomotorický vývoj, problémy s chováním, učením, soustředěním a mohou se objevit i intelektuální a mentální retardace. Velemínský spolu se Žižkovou zde pojednávají také o tzv. Fetálním alkoholovém efektu, který je mírnější formou FAS, „...*kdy se u dítěte vyskytuje jedna*

nebo dvě kategorie ze tří, které jsou uvedeny u FAS (růstová retardace, charakteristické znaky v obličeji, mozková poškození)“ (Velemínský, Žižková, s. 39, 2008). Závěrem textu autoři uvádí studie z Dánska, kde se narodí 75 dětí s FAS, což je 1,3 na 1000 porodů, studie ze Švédska, kde je to 1,4-1,7 na 1000 porodů a v zahraničí se děti s Fetálním alkoholovým efektem rodí třikrát častěji, než děti s FAS.

Autoři, tedy dle mého názoru dochází k závěru, že alkohol ať už v jakémkoli množství, může výrazně škodit vývoji plodu v průběhu těhotenství. Nicméně já a autoři se shodujeme na faktu, že by si okolí v mnohém mělo všimnout a věnovat pozornost konzumaci alkoholu zvláště u těhotných žen. Též je nutné neopomínat prevenci a péči pro ženy s větším sklonem k alkoholu a včas je odkázat na odborníky. Možná by také nebylo od věci, kdyby v tomto textu bylo uvedeno, zda a jak je možné v těhotenství odvykat závislosti na alkoholu.

Dalšími autory, kteří se zabývají ve svém textu alkoholem a jeho působením na průběh těhotenství a na vývoj plodu, jsou i Vavřínová a Binder. Autoři z počátku svých úvah o alkoholu v těhotenství akcentují obdobně jako Velemínský s Žižkovou jeho četnost a rozšířenost v rámci široké veřejnosti a jeho toleranci v kontextu společnosti. Upozorňují však na nebezpečí této tolerance a dodávají, že alkohol představuje závažný problém pro společnost po zdravotní i sociální stránce, stejně tak, jako nelegální drogy. V kontextu těhotenství se autoři pak pozastavují nad toxickými účinky alkoholu na plod, které jsou známy již od dob Aristotela, zejména pak na skutečnost, že alkohol-etanol prochází volně placentární bariérou. „*Etanol je metabolizován na acetaldehyd pomocí nikotinamid adenin dinukleotid dependent alkohol dehydrogenázy. Jak etanol, tak acetaldehyd působí toxicky na plod.*“ (Vavřínková, Binder, s. 56, 2006). Z uvedené citace je patrné, že autoři detailně ukazují na proces metabolizování etanolu v lidském těle za pomoci odborných termínů, které nemusí být laikovi zcela známé. Celý text Vavřínkové a Bindera obsahuje značně odbornou terminologii, která v důsledku může text znepřístupňovat široké veřejnosti.

Dále autoři akcentují, že sérová hladina alkoholu v těle matky je stejná jako v těle plodu, avšak v plodové vodě koncentrace alkoholu narůstá pomaleji, což má za důsledek značnou závislost plodu na odbourání alkoholu játry matky. Jinými slovy lze říci, že plod je vystaven alkoholu delší dobu z důvodu jeho přetrvávající hladiny v plodové vodě. Obdobně jako Velemínský s Žižkovou, avšak ne zcela tak důsledně, autoři zmiňují soubor anomálií u dětí matek závislých na alkoholu, nazvaný Fetální alkoholový syndrom (FAS). V tomto ohledu však autoři netematizují, jak k prokázání závislosti u matek došlo, ani co lze za závislost na alkoholu považovat. V kontextu možných rizik užívání alkoholu v těhotenství a jeho vlivu na plod autoři také neuvádějí kromě FAS jiné možné dopady na plod, ani jak to činí Velemínský s Žižkovou, neakcentují tzv. Fetální alkoholový efekt.

V souvislosti s FAS, autoři vytyčují jeho hlavní charakteristiky, jakými jsou prenatalní a postnatalní růstový deficit, abnormality CNS, kraniofaciální abnormality

spolu s jeho možnými klinickými projevy, které dále člení na časté - mentální retardace, růstová retardace, obličejová dysmorfogeneze (zúžené oční štěrbin, stlačený kořen nosu, široce posazené očníce), defekty srdečních sept a na méně časté - okulární abnormality, sluchové poruchy, jaterní anomálie, abnormality skeletu, kožní abnormality apod. Toto členění na časté a méně časté nálezy pak považují za přínosné, avšak schází mi zde procentuální ohodnocení jednotlivých kategorií. Jinými slovy si tak nelze představit, co znamená v jejich kategorii časté, tedy kolik procent dětí vykazuje uvedené znaky.

Nutno také říci, že autoři značně jednotlivé nálezy zobecňují a neuvádí konkrétní projevy jednotlivých nálezů, tedy jaké například kožní anomálie se mohou u plodu vyskytnout? Toto obecné identifikování charakteristik FAS, však narušují pouze v jediném případě, a sice v kontextu kraniofaciálních abnormalit, kterým věnují oproti jiným zvláštní prostor. Právě na tyto anomálie se autoři více zaměřují a uvádí jejich konkrétní příklady v podobě nákresu možného obličejového vzhledu dítěte, trpícím FAS, který z mého pohledu vhodně doplňují a ilustrují tematizovanou problematiku. Rovněž Vavřínková s Binderem také oproti Velemínskému a Žižkové neudávají, jaké procento dětí vykazuje FAS.

V souvislosti s tím však autoři upozorňují, že není jednoduché popsat mechanismus vlivu alkoholu na plod. Pokouší se však o možné objasnění zaostávání fetálního růstu, oproti Velemínskému a Žižkové, a v důsledku tak mapují možné změny v lidském těle v období těhotenství po požívání alkoholu. Uvádí tak možnou analogii v pokusech na zvířatech, a sice konkrétně prokázaný vliv alkoholu na syntézu proteinů a placentární transport aminokyselin a glukózy. Akcentují rovněž fetální hypoglykémii, hypoinzulinémii, pokles hormonů štítné žlázy a zásob glykogenu v játrech. Plod je pak dále dle autorů vystaven chronické hypoxii, což dokládá vyšší hladina erythropoetinu v pupečnickové krvi. Zde se opět ukazuje jejich odborná terminologie, bez vysvětlení jednotlivých pojmů, což v důsledku znesnadňuje pochopení textu. V kontextu FAS autoři, obdobně jako předešlý text, uvádějí množství alkoholu, jež vede k jeho rozvoji, a sice požití více jak 100g alkoholu týdně. Zde je tedy tento text, oproti Velemínskému a Žižkové více deskriptivní a konkrétní. Přestože uvádí, že dvě sklenky piva či vína denně nemusí mít na plod žádný vliv, upozorňují, že nelze univerzálně určit zcela bezpečnou dávku, neboť v případě některých žen může mít i malá dávka alkoholu negativní vliv.

V závěru pasáže, jež autoři věnují problematice alkoholu v období těhotenství, se autoři pak zaměřují konkrétně na matky alkoholičky, opět bez definování toho, co se za alkoholismus může považovat. Zmiňují v tomto ohledu problematiku alkoholu v těhotenství s ohledem na Českou republiku, kde tento fenomén není příliš častý a vyskytuje se zejména u starších vícerodíček z nižších sociálních vrstev, u rozvedených žen či u žen kuřaček a polydrogově závislých. Oproti předchozím autorům tak vysvětlují situaci v Českém kontextu, což považují za přínosné, avšak opět nezmiňují konkrétní výzkumy či procentuální výskyt těhotných alkoholiček v ČR pro zpřesnění informací.

Upozorňují na rizika u matek alkoholiček spojená s cirhózou jater a alkoholovým abúzem, které mohou vést k potratům i předčasným porodům. Zaměřují se zde i na nebezpečí krvácení z jícnových varixů, jež může vést ke smrti rodičky. „*Alkohol způsobuje změny ve spektru a hladinách sérových lipidů a cholesterolu, snižuje hladiny estradiolu a estriolu, stejně jako hladiny progesteronu. Sérový prolaktin naopak stoupá.*“ (Vavřínková, Binder, s. 58, 2006). Z této pasáže je patrné, že autoři se kromě plodu zabývají vhodně i matkami alkoholičkami a detailně specifikují mechanismy, k nimž v těle těhotných alkoholiček dochází. Nevysvětlují však, co jednotlivé termíny znamenají, ani konkrétní důsledky mechanismů, které uvádí. Z mého pohledu pak vhodně a především dostatečně uceleně dokresluje problematiku alkoholu v těhotenství skrze uzavření tohoto tématu porodem, který většinou probíhá per vias naturales, avšak u závažných případů cirhózy jater se volí císařský řez.

Dalšími autorkami, na něž se v tomto bodě změřím, jsou Sedláčková a Žižková, které pro časopis *Prevence úrazů, otrav a násilí* napsaly článek *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007). Jedná se tedy o další autorský počín Žižkové, jež se zde podobně jako v textu spolu s Velemínským zabývá alkoholem a jeho vlivem na těhotenství. V tomto textu se autorky zabývají užíváním alkoholu v těhotenství a s tím spojeným Fetálním alkoholovým syndromem, který, jak vyplývá již z předchozích textů, je s alkoholem přímo spjatý. Sedláčková a Žižková ve svém textu do popředí popisují výzkumy, prostřednictvím kterých dokládají, že i malé dávky alkoholu, užívané během těhotenství, mohou vážně poškodit plod. Dle mého názoru by zde bylo vhodné uvést to, co uvedla ve svém textu Vavřínová spolu s Binderem. Vavřínová s Binderem oproti uvedeným autorkám nejen že uvádí možnost, že některé studie nevyklučují skleničku či dvě denně v těhotenství, ale zároveň dodávají, že nelze přesně určit bezpečnou dávku alkoholu a roli v tomto procesu hrají i další individuální faktory.

Dále se autorky pouze okrajově zmiňují o průchodu alkoholu placentou a dodávají, že „...*touto cestou je alkohol dopravován přímo k plodu a ke všem jeho vyvíjejícím se tkáním a orgánům*“ (Sedláčková, Žižková, s. 73, 2007). Zde autorky ještě podtrhly význam slov „*vyvíjející se orgány*.“ Vnímám to jako zdůraznění toho, že jak se malé tělo plodu (neschopné se ubránit a jakkoli s tím bojovat), může vyrovnat s takovou koncentrací alkoholu u matky. Koncentrace alkoholu v krevním řečišti matky je stejná jako koncentrace alkoholu v krvi plodu. Co se týká matky, tak ta může alkohol odbourávat játry, která má plně vyvinuta, kdežto játra plodu ještě tuto schopnost vyvinutou nemají. Tedy abych upřesnila, co tím autorky myslí, játra plodu nejsou schopna odbourávat alkohol stejnou rychlostí jako játra matky. Dle mého názoru v tomto článku postrádám více informací o alkoholu obecně. Také bych, co se týče výzkumů, ocenila i zmínku o tom jak je to s těhotnými ženami a užíváním alkoholu v ČR.

Dále se autorky krátce věnují i FAS (Fetálnímu alkoholovému syndromu), u kterého mi oproti Velemínskému a Žižkové chybí i pouhá zmínka o FAE (Fetální



alkoholový efekt), který je mírnější formou FAS. Myslím, že by se všechny symptomy neměly shrnout do pouhého výčtu, aby se pak následně nabylo dojmu, že všechny děti musí mít FAS. Více bych zde přivítala rozdělení a trochu i specifikaci co se týče věku a možnosti diagnózy FAS. Toto například z mého pohledu velmi zajímavě dělí Velemínský s Žižkovou, kteří rozdělují právě mnou zmíněný FAS a FAE, uvádí ale také, že někdy není možné diagnostikovat FAS po narození, a v neposlední řadě se zmiňují také o tom, že se symptomy mohou skrývat delší dobu a objeví se až v průběhu kupříkladu školní docházky a v naší společnosti mohou být vnímané jako ADHD. V tomto ohledu je možné říci, že Žižková více detailně postupuje v kontextu alkoholu v těhotenství ve spolupráci s Velemínským, než-li se Sedláčkovou.

U žen, které během těhotenství užívaly alkohol ve větším množství, se FAS vyskytuje u 30 % narozených dětí. Více, spíše než prostý výčet symptomů FAS, bych v textu více odkazovala na výzkumné studie. Z mého pohledu mi zde chybí i vliv alkoholu na matku v těhotenství, který by dokreslil celkovou představu o tomto problému. Oproti tomu se Vavřínková s Binderem (2006) v poslední části svého textu právě věnují i účinkům alkoholu na rodičku, dále se věnují i cirhóze jater, jícnovým varixům ve spojitosti s předčasnými porody a potraty.

Pro mne je velmi zajímavé, že každý text, tedy jeho struktura se mně od autora k autorovi. Kostiuk ve svém článku *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013), který napsal pro Fami news EDUKAFARM, oproti ostatním autorům začíná svůj text tvrzením, že alkohol prochází placentou do fetálního oběhu. Autor uvádí, že „...*pravidelné požívání alkoholu ve vyšších dávkách (chronický alkoholismus), vede ke vzniku fetálního alkoholového syndromu...*“ (Kostiuk, s.7, 2013). Toto tvrzení musím již od počátku problematizovat. Jak tvrdí ve svých textech Vavřínová s Binderem i Velemínský se Žižkovou, FAS se nemusí projevit ihned po narození, a je obtížné jej diagnostikovat. Zapomíná se zde zmínit o tom, že existuje i mírnější forma FAS, tedy Fetální alkoholový efekt FAE a podle Velemínského a Žižkové (2008) se o něj jedná, pokud se u dítěte objeví jedna nebo dvě kategorie ze tří, které s FAS souvisí, tedy růstová retardace, charakteristické znaky v obličeji a mozková poškození. Kostiuk zde popisuje mnoho symptomů, které patří do výše zmíněných kategorií, nicméně tu vnímám od autora nejasné vyjádření toho, jak to vlastně je. Postrádám zde větší strukturovanost textu.

Nicméně v závěru svého textu autor pojednává o občasně konzumaci alkoholu v těhotenství a v mnohém se shoduje s Vavřínkovou a Binderem (2006). Znamená to, že striktně nepředkládá, že těhotné ženy by neměly užívat alkohol, ale bere v potaz i studie, kdy občasná konzumace alkoholu je tolerovanou hranicí. A dodává, že tato pomyslná hranice není jednoznačně potvrzena a tudíž je vhodné alkohol v těhotenství neužívat. Autor oproti Velemínskému a Žižkové, kteří se tímto nezabývají, píše i o alkoholu při laktaci, kdy se alkohol dostává do mateřského mléka, ovlivňuje jeho senzorické vlastnosti a dochází tak ke snížení příjmu mléka kojencem. Závěrem textu autor vysvětluje, že při

konzumaci alkoholu v těhotenství a laktaci dochází ke snížené produkci mléka a v návaznosti na toto jsou kojené děti utlumené a mohou se u nich objevit poruchy spánku (Kostiuk, s. 7, 2013).

Dále se této problematice věnuje Binder, který jako součást kapitoly Toxické vlivy v těhotenství v knize *Porodnictví* (Čech, 2006), zařadil mimo jiné i alkohol. Binder ve svém textu jen okrajově popisuje, jaký má účinek alkohol na růst plodu v těhotenství a jeho teratogenní účinky v časně graviditě. Zmiňuje, že alkohol volně prostupuje placentární bariérou, což je fakt vyplývající i z ostatních textů, nicméně oproti Kostiukovi zde nezmiňuje alkohol ve spojitosti s kojením a mateřským mlékem. Z mého pohledu je Binder stejně méně obsažný jako Kostiuk. Předpokládala bych, že alkoholu bude ze strany těchto autorů věnována větší pozornost. Myslím si, že oba autoři problematiku pojmají poněkud okrajově, nicméně toto není negativum v rámci rozsahu kapitoly či článku v dané publikaci. Binder svá tvrzení nerozvádí do takové míry jako Velemínský se Žižkovou, avšak ač je v tomto textu méně popisný a důkladný, lze to do určité míry přikládat i skutečnosti, že se detailněji onomu tématu věnoval v publikaci společně s Vavřinkovou. Ale to však neznamená, že s nimi v mnohém nesouhlasí. *“Vysoká spotřeba alkoholu v těhotenství-více než 25 cl alkoholu denně-vede k fetálnímu alkoholovému syndromu se závažnými následky pro postnatální vývoj dítěte“* (Binder, s. 373, 2006). V návaznosti na teze, jež uvádí s Vavřinkovou, pak zde dokresluje pohled na FAS pomocí přehledné tabulky s popisem.

Autor v textu nezapomíná zmínit ani pravidelnou konzumaci menšího množství alkoholu, která byla již v předešlých článcích značně popisována. Vyjadřuje se pak podobně jako Kostiuk a předestírá fakt, že je obtížné najít hranici alkoholu, který matka užívá s jistotou, že užitý alkohol neovlivní plod. V závěru dodává doporučení, aby se ženy v těhotenství vyvarovaly alkoholu.

Nešpor, jako další autor, který se zajímá o tuto problematiku ve svém textu *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010), pojmá pohled na alkohol trochu z jiné perspektivy. Nepojímá alkohol obecně, ale spíše výčet možných škod, které může způsobit. Stejně jako ostatní autoři zmiňuje abnormality v oblasti hlavy a obličeje, nicméně je nerozvádí do dalších podrobností jako kupříkladu Velemínský s Žižkovou a Vavřinová s Binderem. Pro připomenutí tito zmiňovaní autoři měli ve svém textu i názorný obrázek, který doplnil a podtrhl tvrzení v textu, co se týká abnormalit v obličeji u FAS. Dále uvádí možnost vzniku srdeční vady, vady ledvin a oční a sluchové vady. V textu se Nešpor věnuje poruchám spojených s pohybovou dovedností, koordinace pohybů a poruchy chování. Stejně jako Velemínský s Žižkovou se zde zmiňuje o výskytu poruch pozornosti spojených s hyperaktivitou a dodává, že s postižením CNS souvisí i problémy s učením, horší paměť a soustředění a neschopnost porozumět sociálním situacím. Nešpora shledávám jako prvního autora, u kterého jsem se setkala s tím, že ve svém textu tvrdí, že problémy s pitím alkoholu mohou být generačního rázu. Tedy matky, které pijí alkohol

v těhotenství, se s nejvyšší pravděpodobností narodily matkám, které také v těhotenství pily alkohol a problémy se přenášejí i do dalších generací. Svá tvrzení často podpírá odkazy na odbornou literaturu či výzkumy.

V zahraniční literatuře se alkoholu, jako jedné z drog užívaných v těhotenství, věnují i Gunatilake a Patil, autoři článku *Drugs in pregnancy* (2013) pro server Merk manuals. Autoři se v tomto článku snažili zachytit podstatná rizika, vyplývající z užívání alkoholu v těhotenství. Tedy stejně jako ostatní autoři předkládají riziko spontánního potratu a že „...*pravidelné pití snižuje porodní hmotnost přibližně o 1 až 1,3kg*“ (Gunatilake, Patil, 2013). Oproti tomuto textu čeští autoři, jako Nešpor, Kostiuk a podobně, tuto problematiku více rozvíjeli, ať už se jednalo o jakoukoli část textu, kde se zaměřili výrazněji kupříkladu na charakteristiku FAS či detailnější rozpracování toho, jak alkohol v těle působí. V textu se dále zmiňují, že Binge drinking (pití velkého množství alkoholu za jedno posezení), což odpovídá asi 3 nápojům za den, může způsobit Fetální alkoholový syndrom, což se v žádném, mnou prostudovaném textu neobjevilo. Nicméně mi zde chybí odkaz na příslušný výzkum, jež by validizoval tvrzení těchto autorů. Dále se autoři jen okrajově zmiňují o FAS, a stejně jako předešní autoři, uvádějí omezený růst plodu, obličejové a srdeční poruchy a neurologické dysfunkce.

Ve svém textu vyzdvihují myšlenku, že užívání alkoholu v těhotenství je hlavní příčinou mentálního postižení a může způsobit novorozenecké úmrtí v důsledku neprosívání. Myslím si, že v tomto článku mohla být věnována větší pozornost i působení alkoholu na matku, což je dohledatelné v textu Vavřínkové. Zvolila bych také spíše strukturu jdoucí od obecného ke konkrétnímu, poněvadž byl článek napsán pro lékařský server, který má být schopen lékařskou problematiku vysvětlit i široké veřejnosti.

Gaither, jako další zahraniční autorka ve svém článku *Drug use and Pregnancy* (2014), se také věnuje alkoholu. Opět jako Gunatilake a Patil nahlíží na alkohol z perspektivy spíše důsledků vyplývajících z užívání alkoholu v těhotenství. Zaměřuje se zde pouze na popis FAS a FASD. Stručně poté v textu zmiňuje, že děti narozené uživatelkám alkoholu mohou mít poruchy učení, poruchy pozornosti a i jiná tělesná postižení, jako postižení zraku či sluch, které hned v začátku svého textu uvádí i Nešpor. Autorka se ve svém článku nezapomíná zmínit ani o tom, co uváděli i ostatní autoři, a sice že neexistuje žádný bezpečný limit konzumace alkoholu v průběhu těhotenství. Dodává, že některé studie zjistily, že i malé množství alkoholu může mít stejně nepříznivé účinky na plod jako nadměrné pití (Gaither, 2014). Musím tedy konstatovat, že autorka tohoto článku naprosto koreluje s názory ostatních odborníků v dané problematice.

## 9.2 Nikotin

Velemínský spolu s Žižkovou v knize *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008) pohlíží na nikotin jako na jeden z nejrozšířenějších omamných prostředků, jenž je akceptovatelný naší společností. Dle mého názoru je však akceptovatelný do chvíle, než široká veřejnost nedá najevo svou nelibost vůči obrazu těhotné kuřačky, který je k vidění čím dál častěji. Nežli se Velemínský s Žižkovou začnou zabývat přímými důsledky kouření matky na plod, předkládají ve svém textu negativní vliv kouření na zdraví jedinců. „*Cigaretový kouř obsahuje asi 1200 různých chemických látek, z nichž velká část je rakovinotvorná*“ (Velemínský, Žižková s. 39, 2008). V tomto bodě v souladu s autory považují za nutné akcentovat nebezpečí, které z kouření plyne pro každého jedince bez ohledu na jeho zdravotní stav. Avšak dle mého názoru v této souvislosti Velemínský s Žižkovou nediskutují konkrétní složení cigaret ani jejich přímý vliv na člověka jako takového. V další části textu, věnující se nikotinu, se autoři zabývají konkrétními faktory kouření a jejich vlivy na plod v těhotenství. Zejména upozorňují na nebezpečí množství oxidu uhelnatého v krvi, jež zvyšuje potřebu kyslíku, což následně vede v kontextu těhotenství k negativnímu vývoji plodu (Velemínský, Žižková, 2008). Zároveň s tím však autoři nedefinují, jaké množství cigaret je rizikových u těhotných žen ani, jestli je rizikový určitý omezený počet cigaret v případě, že je žena na nikotinu závislá.

Dále mimo jiné autoři uvádí rizika vzniku deformací dolních končetin, zubů, srdce a rozštěpu rtů. Rovněž zde poukazují na možnost pomalého růstu, výskytu koliky, zápalů plic, alergií a bronchitid. V tomto ohledu autoři předkládají konkrétní rizika, související s kouřením v těhotenství a identifikují v nich hrozbu zejména pro zdraví vývoj plodu. Na tomto místě bych však autorům vytkla skutečnost, že své tvrzení nepodkládají žádnými konkrétními výzkumy ani výsledky specifických analýz, které se k tomuto tématu vztahují. Není tudíž možné se z jejich slov dozvědět, nakolik jsou tato rizika procentuálně rozšířena, kolik matek kuřaček jsou těmito riziky zatíženy, tj. nejsou zde uvedeny statistiky, týkající se počtu matek kuřaček ani statistiky, které by potvrdzovaly četnost či existenci výskytu autory uváděných rizik. Zároveň autoři vytváří dvě kategorie žen, kuřaček a nekuřaček, přičemž veškerá rizika vzniku nemocí a poškození vztahují převážně na matky kuřačky. V jejich textu tak nelze identifikovat skutečnost, že i matky nekuřačky se mohou potýkat s autory zmíněnými riziky. Rovněž se autoři nezabývají otázkou, zda kouření může mít nějaký vliv na vývoj dítěte po porodu.

Dalším tématem, které autoři zmiňují, je otrava nikotinem u novorozenců, jež se projevuje „... *neklidem, nespavostí, zvracením, průjmem, vyšším pulzem, nepravidelným dýcháním, špatným sáním, apatií, chvěním a našedivělou barvou pleti*“ (Velemínský, Žižková, s. 40, 2008). V tomto momentu podobně jako v momentu předešlém autoři nereflektují žádné statistické údaje ani konkrétní výzkumy, které by jejich tvrzení podpořily. Jediný pokus o dokreslení výskytu matek kuřaček pomocí procentuálního

vyjádření autoři uvádí průměr z Dánska, kde kouří 37 % těhotných během prvních tří měsíců a 33 % těhotných po zbytek těhotenství. Přesto, že považují tento příklad za dostatečně ilustrativní, nemohu opomenout, že ani zde autoři neudávají, jakým způsobem tyto data vznikly, tedy ani rok v kterém byla studie provedena. Velké negativum také spatřuji v tom, že autoři svůj text neobohatili studiemi a statistikami z ČR, které by se vztahovaly k tomuto tématu.

Závěr textu, v němž se autoři zabývají vlivem nikotinu na plod v těhotenství, zmiňují nemocnici Hvidovre, která realizuje výzkum o vlivu kouření na vývoj plodu a na možnosti odvykání kouření u těhotných žen. V souvislosti s tím se autoři pozastavují nad možnostmi odvykání kouření, zejména však na nikotinové náplasti, které však nevnímají jako adekvátní formu odvykání těhotných, neboť i ty obsahují stopy nikotinu, které způsobují deformace plodu a následně abstinenční příznaky dítěte. „*Při odvykání kouření se používají často nikotinové náplasti, nesmíme však zapomenout, že nikotin v každé formě poškozují plod, vytváří závislost, způsobuje deformace plodu a vyvolává u novorozence abstinenční příznaky*“ (Velemínský, Žižková, s. 40, 2008). I zde se autoři dopouští jisté univerzality a generalizace rizik spojených s nikotinem v těhotenství bez udání výsledků dat z relevantních výzkumů a statistik, které by umožnily ilustrovat rizika kouření v těhotenství v praxi a ukázat tak, zda jsou autory uvedená rizika pouze výjimečná či platná pro všechny těhotné kuřačky. Přesto že se autoři zmiňují o možnostech odvykání, což považují vzhledem k tématu za přínosné, neuvádí zde žádné adekvátní a konkrétní možnosti, které by těhotné kuřačky mohly využít. Zejména v kontextu České republiky, bych považovala za přínosné, kdyby zde autoři zmínili možnosti, které těhotné kuřačky mohou využít tj. kupříkladu specializovaná centra pro odvykání kouření.

Dalšími autory, kteří se zabývají problematikou kouření v těhotenství, je Vavřínová spolu s Binderem (2006) v knize *Návykové látky v těhotenství*. Dalo by se říci, že oproti Velemínskému a Žižkové ve svém textu postrádají obecnou definici či obecné pojetí nikotinu. Nepoukazují zde ani na fakt, že kouření neohrožuje jen těhotné kuřačky, ale má důsledky i pro populaci nekuřáků. Autoři pohled na účinky cigaret a jejich vlivu na plod obohatili o zmínku první práce, která se zabývala kouřením a prematuritou, jež publikoval koncem padesátých let Simpson. Tento vhléd vidím jako přínosný, co se týče orientace čtenáře v dané problematice. Myslím tím, že čtenář si může udělat jistou představu o tom, že kouření v těhotenství není jen otázkou poslední doby, že to není jen trend, který je v současnosti aktuální, ale že má i své hlubší kořeny.

Vavřínková s Binderem se zde také zmiňují o mnohých studiích, které byly na toto téma zpracovány, mimo jinými uvedu příklad „...*jejichž metaanalýzou lze dospět k závěru, že 15-25 % dětí s nízkou porodní hmotností, 10-15 % předčasných porodů a 5 % intrauterinních úmrtí je odpovědné kouření*“ (Vavřínková, Binder, s. 58, 2006). V této části textu je daleko snadnější si představit, do jaké míry jsou děti či plod ohrožen kouřením v těhotenství. Podle autorů je kouření nejvíce rozšířenou závislostí u českých těhotných.

Uvádí, že odhadem 1/5 žen v průběhu těhotenství a laktace kouří. Opět bych zde vytkla totéž co Velemínskému a Žižkové. Z mého pohledu zde postrádám konkrétnější údaje či spíše další vysvětlení. Tedy odkud je patrné, že 1/5 žen v průběhu těhotenství a laktace kouří. Postrádám zde i podrobnější popis výzkumu, jenž by na toto tvrzení odkazoval, avšak oproti Velemínskému a Žižkové, uvádí alespoň hrubý výměr, sloužící pro konkrétnější představu daného problému.

Dále se autoři zabývají průběhem těhotenství a vlivem nikotinu na plod. Stejně jako Velemínský se Žižkovou se zpočátku věnují nežádoucím účinkům, které jsou spojené s kouřením, kde vyzdvihuje primárně oxid uhelnatý a jeho působení v těle těhotné ženy, a tedy jeho vliv na plod. Dle mého názoru dostatečně odborně vyobrazují, jak se oxid uhelnatý v těle chová, na co se váže a jaký to má důsledek pro tělní funkce. Avšak neopomenou ani fakt, že oxid uhelnatý prochází placentou a má schopnost se navázat na fetální hemoglobin. Toto tvrzení podpírají i Velemínský s Žižkovou, kteří k tomu dodávají, a jsou tedy o něco přesnější, že rovněž nikotin prochází placentou a jeho koncentrace je u plodu o 15 % vyšší než v krvi matky. Tedy lze říci, že díky karboxyhemoglobinu, jež vznikl navázáním oxidu uhelnatého na hemoglobin, a dochází ke snížení oxidačních možností krve, a také ke sníženému uvolňování kyslíku ve tkáních. Pro větší vzhled bych si u Vavřinkové s Binderem ze svého pohledu představovala větší konkretizaci zmiňovaných studií. Tedy jaké studie a z tvorby jakých autorů konkrétně prokázaly, že sérové hladiny karboxyhemoglobinu jsou u plodu vyšší než u matky a tedy je plod déle vystaven jeho účinkům po delší dobu. Určitě vnímám použití odborných termínů „karboxyhemoglobin a oxigenace či acidémie“, jako velmi přínosný pro odborníky, zainteresované v dané problematice, nicméně by se mi zdálo příhodnější uvést i krátké vysvětlení termínu například do závorky. Vnímala bych to jako pozitivní akt, pokud by si text chtěl přečíst laik, který není příliš seznámen s významem těchto slov.

Autoři zde píší ještě o dalších studiích, které sledovaly účinek nikotinu na oxygenaci plodu a případné změny acidobazické rovnováhy. Sami zde udávají, že nelze s určitostí říci, zda dochází ke snížení oxygenace či acidémii. Toto podpírají tvrzením, že někteří autoři píší o snížení oxygenace a acidémii a jiní neprokázali žádné signifikantní účinky. V části tohoto textu mi chybí odkaz na zmíněné autory či dokonce s jakým výzkumným souborem pracovali. Oproti Velemínskému a Žižkové, Vavřinová s Binderem dále v textu zmiňují, že plod je vystaven riziku přechodné hypoxie, která je ovlivněna množstvím vykouřených cigaret a změnách v placentě a může tak dojít k hypoxii chronické. V následné části textu by se dalo říci, že se Vavřinová a Binder a Velemínský s Žižkovou shodují, i když v jiném podání, že důsledkem hypoxie je nízká porodní hmotnost a vznik intrauterinní růstové retardace. Autoři zde procentuelně dokládají, že u kuřáček je lehce zvýšené riziko předčasného porodu a konkretizují zde nejen procenta, ale i možné množství cigaret. „...zvýšené je u kuřáček i riziko předčasného porodu (6,8 % - 8,1 %), vykouří-li denně více než jednu krabičku“ (Vavřinková, Binder, s. 59, 2006). Pro

vykreslení zde uvádí i graf, který vysvětluje prematuritu ve vztahu k počtu denně vykouřených cigaret.

Dále se autoři, co se týká rizik spontánního abortu, či předčasného odtoku plodové vody shodují. Nicméně v textu Vavřinkové s Binderem bych opět vyzvedla do popředí pro mě přehlednou tabulku, jež obsahuje perinatální komplikace spojené s kouřením. Tento způsob prezentace jednotlivých částí se mi jeví jako přehlednější. Uvádí zde spontánní abort, předčasný odtok plodové vody, předčasný porod, nízkou porodní hmotnost, intrauterinní růstovou retardaci, placentu praevii, abrupci placenty a syndrom náhlého úmrtí. Velemínský se Žižkovou se tolik podrobně nezabývají degenerativními změnami na placentě, což nevnímám jako nedostatek, nicméně mi Vavřinková s Binderem doplňují pomyslnou mezeru v představě, jaké změny na placentě vlastně probíhají, tedy nekróza, mikroinfarkty a depozita fibrinu. Zatímco Velemínský se Žižkovou ve svém textu popisují fyzickou stránku dětí kuřaček, tedy pro upřesnění, pomalý růst, nemoci apod., Vavřinková s Binderem zde nahlíží ještě na další vývoj dítěte, kdy může trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, špatným prospěchem ve škole a behaviorálními problémy. Tento pohled je též důležitý, nicméně bych zde opět uvítala, zda jsou tato tvrzení podložena nějakou zpracovanou studií či je to pouhý předpoklad. Při dalším zevrubném studiu textu jsem byla překvapena konečnou částí textu Vavřinkové a Bindera, kde pro podtrhnutí tvrzení, že děti kuřaček jsou ohroženy možností vzniku náhlého úmrtí novorozence, uvedli i co uvádí zahraniční literatura. „*U starších kuřaček stoupá i riziko intrauterinní smrti plodu, kouří-li cca 20 cigaret denně*“ (Vavřinková, Binder, s. 60, 2006). Tedy z tohoto vyplývá, že nejen kouření, ale i věk a „prokouřené“ roky jsou též možnou příčinou intrauterinní smrti plodu.

Pokud se vrátím zpět k Velemínskému a Žižkové, tak tito autoři ve svém textu postrádají i zmínku o pasivním kouření. Myslím, že pasivní kouření se v dnešní společnosti téměř rovná kouření aktivnímu, nebo alespoň je na to takto lidmi pohlíženo. Vavřinková s Binderem oproti tomu tento fakt nezanedbávají a předkládají zde i negativní vliv pasivního kouření, který v uzavřených prostorách zvyšuje riziko atopie u plodu a vznik alergií v raném dětském věku. V závěrečné části svého textu se autoři zaměřují na odvykání kouření. Zatímco Vavřinková s Binderem zde zmiňují, že užívání nikotinových žvýkaček a náplastí se v těhotenství nedoporučuje a jejich tvrzení podpírá i Velemínský se Žižkovou, popisují zde i studie, že u plodu nedochází ke zvýšené koncentraci nikotinu v krvi oproti aktivnímu kouření.

Dalšími autorkami, jež se zmiňují o výše diskutovaném tématu, je Sedláčková se Žižkovou ve svém článku: *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007). Z mého pohledu je v tomto textu věnována jen mizivá pozornost rizikům kouření v těhotenství. Je zde pouze stroze vyjmenován nikotin, jenž autorky zařadily mezi legální stimulační drogy společně s kofeinem a nelegálními látkami jako je kokain a pervitin. Již tento fakt působí značně nepřehledně. Chybí mi zde i jen stručné naznačení či krátká definice nikotinu. Je

však nutné diskutovat, že Žižková se zmíněnému tématu detailně věnovala ve spolupráci s Velemínským, přičemž vyvstává otázka, z jakého důvodu jej obešla v rámci tohoto textu. Je tedy možné tvrdit, že v rámci textu spolu se Sedláčkovou si nekladou za hlavní cíl označit nikotin jako jedno z hlavních rizik v souvislosti s těhotenstvím.

Dále udávají, že existuje pevné spojení mezi kouřením a růstovou retardací plodu. Proč zde autorky vyzdvihují primárně toto riziko, než aby zmínily celou řadu jiných rizik, jež jsou s tím spojené, autorky nediskutují. Nicméně dále v textu se o dalších rizicích pouze okrajově zmiňují. Postrádám zde opět nějaký výzkumný podklad. Avšak oproti Vavřinkové s Binderem vysvětlují pro obraznost, že kouření zpomaluje fetální růst a porodní váha je snížena o 150-300 g u dětí kuřaček. Tedy dávají nový rozměr tomu, co jsem pochopila od předešlých autorů. Autorky zde uvádí, že ženy, které přerušily kouření před třetím trimestrem, měli jejich děti nižší podíl růstové retardace ve srovnání s těmi, které kouřit nepřestaly. Pokud těhotná přestane kouřit v 7.-8. měsíci, je zaznamenán kladný efekt na fetální růst (Sedláčková, Žižková, 2007). V tomto textu považuji za zásadní, že se nemohu opřít o nějaké výrazné doklady jejich tvrzení. Avšak co se týká komplexnosti této práce, se i v tomto textu najde podnět, jež doplní autory jiné. Kupříkladu tedy Sedláčková se Žižkovou zde píše, že z dostupných údajů, předpokládám z nějakých relevantních zdrojů, kouří v době těhotenství 20-25 % žen.

Kostiuk (2013) jako autor článku: *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* se mimo jiné věnuje i tabáku. Autor ve svém textu zpočátku vysvětluje co je nikotin, a jak škodí v graviditě a laktaci. Předestírám, že výše zmiňovaní autoři se k laktaci ve svých textech téměř nevyjadřují. Kouření podle Kostiuka ovlivňuje proces oplození vajíčka, intrauterinní vývoj plodu a samotný porod. Autor také jako Velemínský se Žižkovou a Vavřinová s Binderem hovoří o tom, že kouření poškozují vývoj plodu prostřednictvím různých mechanismů a také poškozují placentu. Jako jediný ze zatím uvedených autorů zohledňuje i kancerogeny, jež pronikají do plodu a zvyšují pozdější sklon k malignímu bujení. Opět zde postrádám relevantní důkazy pro toto tvrzení.

Dalším tvrzením, které nemá autor ve zdrojích jinak ukotvené je, že negativní vliv kouření na plod je dán také špatným stravováním kuřaček, které mají kupříkladu nižší příjem kalcia. Z mého pohledu by bylo jistě zajímavé, kdyby autor odkázal na to, jak k tomu vlastně došel, zda jsou to jeho domněnky či vypozerovaný jev z praxe a podobně. Kostiuk i Vavřinková s Binderem se shodně vyjadřují o laktaci. Nicméně Kostiuk více popisuje, že v mateřském mléce je koncentrace nikotinu vyšší než v krvi matky. „*Nikotin snižuje produkci mléka až o třetinu*“ (Kostiuk, s. 6, 2013). Kostiuk se shoduje s předešlými autory na té rovině, co způsobuje nikotin u kojenců. A to je zvracení, zatížení jater a ledvin, pomalý růst, alergie a zvýšené riziko náhlé smrti apod. Autor ještě dodává, že kouření matky u dítěte vyvolává abstinenci příznaky, možný vznik závislosti v pozdějším věku a zhoršení neuropsychického vývoje (Kostiuk, 2013). Z mého pohledu je zde důležité vyzdvihnout, že také jako Vavřinková s Binderem autor pohlíží na důsledky kouření pro



plod se širokým záběrem a nezajímá se pouze o fyzickou stránku. Na závěr dodává, asi jako všichni autoři výše zmínění, že v laktaci není vhodné využití nikotinové substituce. Nicméně opět narážím na to, že by zde měla být zmíněna jiná možnost řešení, co se substituce týká.

Autorem, jenž se zabývá kouřením je i Binder, který tomuto tématu věnoval jednu podkapitolu v knize *Porodnictví* od Čecha (2006). V prvních řádcích se autor věnuje, stejně jako Kostiuk (2013), vlivem kouření na fertilitu. Dle mého názoru vhodně dodává poznámku, že nejsou negativními vlivy kouření ohroženy jen ženy, co se týká ovulace, ale i muži, u nichž může dojít vlivem kouření k funkčním a morfologickým změnám spermatu. Také na počátku textu poukazuje a předestírá existenci studií, které prokázaly negativní účinky kouření v těhotenství. Dále si autor dává do souvislosti s kouřením, ostatně shodně jako autoři předešlí, riziko předčasného porodu, retardace růstu plodu a předčasné odloučení placenty (Binder, 2006).

Binder (2006) také zdůrazňuje, že perinatální úmrtnost a morbidita se vzhledem ke kouření zvyšuje. V kontextu ostatních autorů se tolik důsledkům kouření a jeho vlivu na plod nevěnuje. Vnímám to z jeho textu spíše okrajově, nicméně chápu, že chtěl vytyčit pouze důležitá rizika. Pozdvihla bych zde tedy text, na kterém spolupracoval s Vavřinkovou, kde jsem si dokázala více obrazně představit, jaká možná rizika pro plod plynou a „...většina z mnoha potencionálně škodlivých látek v cigaretovém kouři snadno přechází placentární bariéru a může přímo ovlivnit plod“ (Binder, s. 373, 2006).

V rámci možné škodlivosti nikotinu z toho tedy vyplývá, že ne vždy musí být všechny látky v cigaretovém kouři škodlivé. Škodlivost je dle mého názoru spojena s množstvím vykouřených cigaret, což bylo zmíněno v textu s Vavřinkovou, věkem a dalšími dispozicemi. Pro větší výpovědní hodnotu autor ve svém textu popisuje opět, co také podporují s Vavřinkovou a Kostiukem, efekt oxidu uhelnatého a nikotinu. V tomto textu poněkud postrádám opět krátké vysvětlení, co je karboxyhemoglobin. Bylo by však srozumitelnější, kdyby hned u oxidu uhelnatého bylo psáno, že se v krvi váže na červené krvinky a proto tedy tento název. V návaznosti na to autor od sebe oddělil to, co způsobuje nikotin, jako je tachykardie plodu, vazokonstrikce uteroplacentárních cév v mateřském krevním oběhu a co způsobuje karboxyhemoglobin, tedy nížení přísunu kyslíku tkáním plodu (Binder, 2006). Vnímám jako přehlednější, když jsou od sebe tyto dvě složky v textu oddělené a je tak více výrazné, co se v těle odehrává.

Autor se v tomto textu zabývá též důležitostí prenatální péče spojenou s kouřením. Výše zmíněným autorům tato skutečnost v jejich textech, dle mého názoru, chyběla. Velmi přínosně vnímám i to, že Binder zde nepíše jen o preparátech na odvykání kouření, ale i o informovanosti těhotných. Vnímám zde jakési pozitivum, že nenutí ženy k abstinenci, chápe, že je to pro ně těžké a dodává „...pokud nastávající matka nedokáže zcela přestat s kouřením, měla by alespoň omezit počet cigaret na minimum“ (Binder, s. 373, 2006).

V tomto bodě se většina autorů shoduje, nicméně se musí brát i v potaz ta možnost, že matka kuřačky nemusí být schopny samovolně množství cigaret snížit, a pak je tedy na místě nabídka odvykací léčby pomocí nikotinových preparátů. Autor se věnuje také pasivnímu kouření a vyzdvihuje tvrzení, že i pasivní kouření v těhotenství vede k omezení intrauterinního růstu plodu. Binder píše, že co se týká nikotinových preparátů, je důležité, že plod není vystaven oxidu uhelnatému a dalším látkám, které jsou v cigaretovém kouři obsaženy.

Všichni autoři se shodují na tom, že samozřejmě úplně nejlepší variantou je přestat kouřit úplně a snížit tak veškerá rizika na minimum. Nicméně se liší autor od autora, jak by bylo vhodné v tomto místě zasáhnout. Všichni autoři, až na Velemínského a Žižkovou, kteří zdůrazňují negativa nikotinové terapie, se shodují, že, když už matka kuřačka nedokáže přestat sama kouřit, je vhodné využití nikotinové terapie.

Významným autorem, který se zabývá touto problematikou ve svých textech, je i Nešpor. V Builetinu Sdružení praktických lékařů publikoval článek s názvem *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010). Autor se v článku věnuje, jak vlivu tabáku a jiných návykových látek na reprodukci, tak i jeho možným rizikům v těhotenství a po porodu. Nešpor zde okrajově uvádí, jaká rizika by mohla z kouření matky v těhotenství vyplývat. Píše zde o častějším výskytu potratů a předčasných porodů, odtržení placenty a podobně a hned pod tím uvádí, že se mohou objevit rozštěpy patra a další vrozené vady. Chybí mi zde důrazné rozdělení rizik během těhotenství a po porodu. Přijde mi tato část článku spíše jako výčet všeho nepříznivého, co těhotnou kuřačku čeká. Nicméně se zde nezapomíná zmínit o riziku některých druhů rakoviny v dětství, což bylo zmíněno jen u Kostiuka a Bindera. Nicméně Nešpor oproti těmto autorů odkazuje na další literaturu, kde je jeho tvrzení dále potvrzeno. Vnímám toto jako pozitivní vhléd, kdy na mne odkazy na další odborníky v textu působí dojmem větší validity. Píše zde také, jako již mnozí před ním i o působení nikotinu v dětství a následném dospívání. „V časném dětství je to vyšší dráždivost, poruchy spánku, hypertonus, poruchy pozornosti, zhoršená soběstačnost a nižší sebeovládání, v dospívání pak poruchy chování, antisociální tendence a vyšší riziko kouření a zneužívání alkoholu a drog“ (Nešpor, s. 35, 2010). V jedné větě zde autor postupuje od raného dětství až po možné důsledky pro dospívajícího jedince. Poslední část této citace na mě působí dojmem, že je do jisté míry prokázáno, že užívání Tabáku v těhotenství se na dítěti může odrazit jako jeho následná závislost.

Dále se zde autor zmiňuje o vlivu pasivního kouření a tabákového kouře na novorozence. Což vnímám jako zajisté velmi přínosné, nicméně bych celkově od sebe oddělila tabákový kouř a pasivní kouření. Já to vnímám tím způsobem, že pasivního kouření se můžeme nějak uchránit, tj. budeme se například vyhýbat zakouřeným prostorám atd. Nicméně autor musí brát v potaz, že tabákový kouř je mnohem závažnější, co se závislosti týká. Možná, že to takto Nešpor nezamýšlel, ale na mne působí, že jak tabákový kouř, tak pasivní kouření vnesl pomyslně do jedné roviny a udal je jako spolupodílníka na

syndromu náhlé smrti novorozence. Dále autor uvádí, že pokud žena během těhotenství přestane kouřit, možnost vzniku jím výše zmíněných rizik se podstatně sníží.

Autoři zahraničního článku s názvem *Drugs in Pregnancy* (2013), Gunatilake a Patil, se zaměřili také na kouření cigaret a zařadili jej mezi tzv. „social drugs“, což v překladu znamená sociální drogy, tedy drogy společností akceptovatelné a legálně dostupné. Autoři tohoto textu v počátku poukazují na to, že kouření je nejčastější závislostí u těhotných žen a pouze 20 % těhotných kuřáček přestane v průběhu těhotenství. Dále se v tomto textu objevují zmínky o tom, co způsobuje nikotin a oxid uhelnatý v cigaretách podobně jako předchozí autoři. Oproti Nešporovi mi to přijde více přehledné. Autoři se dostávají od rizik v průběhu těhotenství, jako je hypoxie, spontánní potrat, růstová retardace, placenta praevia, předčasný porod a smrt plodu k rizikům po porodu u novorozence. Ačkoli se jedná z mého pohledu o zajímavý odborný článek, postrádám zde opět odkaz, kde by se dalo tvrzení obou autorů podložit, jako například „...u novorozenců, jejichž matky jsou kuřáčky je více pravděpodobný výskyt vrozené srdeční vady, orofaciální rozštěpy, syndrom náhlého úmrtí novorozenců, nedostatky ve fyzickém růstu, nedostatky v psychickém růstu a inteligenci a problémy s chováním“ (Gunatilake, 2013). Z mého pohledu jsou tato fakta mnohými tvrzeními podložena a já je mohu považovat za validní, nicméně zde postrádám více odkazů, které by tvrzení autorů podpořily. Myslím, že nikotinu by mohla být věnována větší pozornost.

Oproti Velemínskému s Žižkovou či Vavřínkové s Binderem zde postrádám jakýsi základ toho, co nikotin v těle způsobuje. Z mého pohledu je to důležité pro dokreslení následujících informací a lepší návaznosti. Závěrem autoři píší o tom, že odvykání kouření či jeho omezení snižuje rizika. Toto je velmi příhodné vědět, ale vnímám jako důležité k tomu ještě dodat to co Binder, Vavřínková či Velemínský se Žižkovou dodávají na závěr svých textů a to je především to, prostřednictvím čeho se odvyká kouření a jak snížit rizika.

Kecia Gaither je autorka článku *Drug use and Pregnancy* (2014), který napsala pro zahraniční portál webmd.com. Celý článek koncipuje na podkladě otázek, na které si v průběhu textu odpovídá. Autorka hned v úvodu článku uvádí, že kouření není jen problém těhotných ale i celé populace. Což vnímám jako důležité, poněvadž zde existuje i faktor pasivního kouření a jeho vliv na těhotenství a právě v této chvíli je to z mého pohledu záležitost celé populace. Tedy je podstatné aby si těhotná žena dala pozor a nepohybovala se v zakouřených prostorech, ale také to, že okolí by mělo brát v potaz, že mají ve svém okolí těhotnou a přizpůsobily tak své chování. Gaither zmiňuje i nebezpečí vlivu karcinogenních látek na plod, stejně jako většina českých autorů. Každopádně tento fakt já vnímám jako obohacující, poněvadž jsem si nezasvěceně myslela, že plod kancerogeny ohrožen není. Podle centra pro kontrolu nemocí v USA, matky, které kouří již od počátku těhotenství, nesou větší riziko pro dítě ve formě srdečních vad a defekty

srdečního septa. V této části se autorka pozastavuje nad vysvětlením, co je defekt septa a rozvíjí dále myšlenku spojenou se srdečními vadami. Tedy to pouze nevyjmenovává jako jednu z možností, ale popisuje zde i to, že děti s vrozenou srdeční vadou zemřou většinou v prvním roce života a ti, které přežijí, čeká dlouhý pobyt v nemocnici, operace či život s postižením (myšleno spíše s omezením).

Myslím, že je to první autorka, která toto téma popisuje více senzitivně. Řekla bych i více pocitově, že nejde po pouhých faktech, ale i po té lidštější stránce této věci. O placentárních změnách bylo psáno mnohé, ani tato autorka není výjimkou, avšak se tu předně nedá zjistit, čím je placenta ohrožena. Dle mého názoru bych zde zkombinovala více i té faktické složky, tedy více výčtu rizik spojených s kouřením. Ale jak jsem již psala výše, v tomto textu mne velmi zaujalo to, jak autorka více rozepsala základní děj, například zmínku o srdečních vadách či placentě a rozvinula a posunula jej dál. Gaither uvádí, že kouření během těhotenství a po porodu je jednou z příčin syndromu náhlého úmrtí kojenců (SIDS).

### 9.3 Léky v těhotenství

Velemínský a Žižková se ve svém textu *Působení drog na těhotenství, porod a vývoj dítěte* (2008) zabývají mimo jiné i psychofarmaky a léky na spaní, jinak známé jako benzodiazepiny, dále léky tišícími bolest a antidepresivy. Každé této části věnují odstavec, kde se zevrubně touto problematikou zabývají. Autoři pak rozsahově tuto část o léčivech v těhotenství, oproti alkoholu či nikotinu, pojali velmi stručně. Dle mého názoru zde chybí výraznější rozdělení a možná i vlastní kapitola o této problematice. Vnímala bych jako přehlednější i nějaký výčet jednotlivých léků, případně formou tabulky, které ovlivňují těhotenství a jsou nějakým způsobem zneužívané. Autoři první část věnují tzv. BDZ (benzodiazepiny) a řadí je mezi nečastěji využívanou skupinu psychofarmak. Benzodiazepiny jsou dle autorů součástí mnohých léků, jako kupříkladu Diazepam, Valium, Nitrazepam, Rohypnol atd. Tato léčiva se využívají především jako anxiolytika a léky na spaní (Velemínský, Žižková, 2008). Velemínský spolu se Žižkovou i na tak krátkém textu dostatečně vysvětlili, jak tyto léky na jedince působí, že odstraňují pocit strachu, vytvářejí pocit netečnosti a že jsou v neposlední řadě i návykové. Léky tohoto typu jsou snadno dostupné, může je předepsat lékař a jsou tedy dostupné i pro člověka, který se potýká s drogovou závislostí. Tím autoři tak svůj text obohacují i o širší rovinu užívání těchto látek a sice věnují svou pozornost i užívání léků v celoplošném kontextu společnosti, ne pouze s ohledem na matku a dítě.

Dále se autoři věnují specificky tomu, jak se tyto látky dostávají k plodu a co mu mohou způsobit. *“Benzodiazepiny plod poškozují, zvyšují riziko deformací mozku a nervového systému“* (Velemínský, Žižková, s. 46, 2008). Dle mého názoru zde postrádám nějaké konkrétní studie, validní výzkumy, či vyjádření dalších odborníků, jež by podpořili tvrzení, že plod je prostřednictvím BDZ skutečně ohrožován. Stejně jako většina látek

procházejí i tyto léky placentou přímo k plodu a přecházejí i do mateřského mléka, což může vyvolat následně u kojeného dítěte ospalost, ochabnutí a poruchy vnímání. Vnímala bych také jako podstatné uvést nějaké statistiky, které by mapovaly, jaká je situace u nás či ve světě. Možná dále i procentuální vyjádření toho, kolik dětí je skutečně postiženo již výše zmíněnými vadami. Velemínský a Žižková zde také, dle mého názoru, velmi vhodně poukazují na možnost vzniku závislosti u plodu, která může po porodu vést až k abstinčním příznakům, přičemž to závisí na biologickém poločase dané látky. Jelikož tyto látky mají dlouhý poločas rozpadu, objeví se abstinční příznaky, tedy jejich symptomy až později. Z textu Velemínského, Žižkové jasně vyznívá striktní stanovisko autorů, a sice že benzodiazepiny mají negativní vliv na těhotenství a plod značně poškozují.

Jako další kategorii léků zde uvádí autoři léky tišící bolest. Obecně zde vysvětlují, jak si může tyto léky těhotná žena obstarat. Ženy si stěžují na velkou a nesnesitelnou bolest a žádají silné léky tišící bolest buď ve formě tablet či injekcí. Léky tišící bolest obsahují morfin, který je jejich účinnou složkou, avšak ne jedinou. Dále jsou to léky jako Kodein nebo Fortamol, které obsahují Kodein, jež se v lidském těle rychle mění na morfin a díky tomu zvyšuje riziko vzniku závislosti a abstinčních příznaků. Z textu mi jasně nevyplývá, zda se jedná konkrétně o tyto léky a jejich účinek na těhotenství. Domnívám se, že praktický lékař, když předepisuje konkrétně Kodein, upozorňuje, že je návykový, tedy soudím, že kdyby do ordinace praktického lékaře přišla těhotná žena, nemohl by ji kodein napsat. Nicméně nevylučuji, že je v některých případech žena nucena preparáty s obsahem kodeinu užívat, přesto by zde však byla vhodná poznámka o alternativě jiné léčby. Autoři dále udávají, že u žen, užívající během porodu preparáty s Kodeinem, existuje reálná možnost, že se u novorozence objeví problémy s dýcháním. Tedy bych tyto léky více specifikovala, poněvadž mi to z textu jasně nevyplývá. Autoři zde zmiňují existenci studií, které dokazují, že tyto léky poškozují plod a způsobují vznik tříselné kýly, pupeční kýly a hydrocefalus, rozštěpy a malformace srdce. Kodein do mateřského mléka přechází jen v malém množství, a tedy neohrožuje kojené dítě.

Další skupinou, kterou se autoři zabývají, avšak značně okrajově a ne zcela specificky, jsou antidepresiva. Zmiňují se o tom, že v současné době se rozšířili tzv. „pilulky štěstí“, které jsou řazeny mezi SSRI (tricyklická antidepresiva). Autoři zde dokládají, že se objevilo několik matek, které v průběhu těhotenství tento přípravek užíly a u novorozenců to následně vedlo k příznakům, které se podobaly abstinčním, a vyvolali dále neurologické potíže, jež si vyžádaly nutnost hospitalizace. Ani v tomto momentu autoři však nepodpírají svá tvrzení výzkumem či statistickými daty, které by ilustrovali, kolik matek lék užilo, či jaký počet z nich zaznamenal uvedené symptomy. Možnou inovací textu by z mé perspektivy bylo i uvedení, jak rozšířené je užívání antidepresiv v rámci široké společnosti či konkrétně u nastávajících matek. V souvislosti

s tím by pak bylo přínosné i diskutovat alternativní léčbu psychických poruch po dobu těhotenství.

Vavřínková spolu s Binderem ve své knize *Návykové látky v těhotenství* (2006) věnují dvě menší podkapitoly benzodiazepinům a barbiturátům. Jejich text mi však přijde poněkud fragmentovaný a na sebe nenavazující. Oproti Velemínskému a Žižkové, ale na počátku textu vysvětlují činnost benzodiazepinových receptorů a zmiňují se též o synergismu s opiáty. Veškerá tvrzení mají pak opatřeny odkazy na příslušné studie a více tak podporují celkovou myšlenku textu. Také je možné v textu dohledat, k čemu se benzodiazepiny zneužívají, což v textu předešlém není patrné. Jak tedy tvrdí autoři, benzodiazepiny zvyšují efekt narkotik, zmírňují pak i abstinenci příznaky po opiátech nebo alkoholu (Vavřínková, Binder, 2006). Oproti Velemínskému a Žižkové zde udávají i studie, které dokreslují přehled o tomto tématu, tj. jeho rozsahu a specifikách. Udávají, že dle americké studie byla prokázána pozitivní moč na BDZ u 0,6 % těhotných žen.

Velemínský spolu se Žižkovou se také jako Vavřínková s Binderem, zmiňovali ve svém textu o tom, že poločas rozpadu těchto látek je u dětí prodloužený, ale postrádal zmínku o floppy infant syndrome, která je obsažena v textu Vavřínkové a Bindera. Autoři zde popisují to, co BDZ způsobují a následně, že mohou vyvolat již výše zmíněný syndrom. „*S útlumem dýchání, hypotermií, sníženým svalovým tonem, arytmiemi, abnormálním EEG, problémy s přijímáním potravy a abstinenci syndromem*“ (Vavřínková, Binder, s. 54, 2006). Konkrétněji, než-li tomu bylo u předešlého textu, se autoři věnují tomu, jak dlouho trvá očištění organismu novorozence, a sice (7-14 dnů) a zároveň dodávají, že to není universum a u některých novorozenců se mohou příznaky abstinenci syndromu objevovat až za rok.

V další části se autoři věnují barbiturátům, které dle nich nejsou v populaci těhotných tak obvyklé. Pro podložení tohoto tvrzení dokládají i studii z USA, kdy jen 0,6 % těhotných žen zneužívá barbituráty. Přestože považují ilustrující příklad studie z USA za přínosný, domnívám se, že uvedení či alespoň nastínění problematiky v kontextu ČR by umožnilo lépe uchopit dané téma a následně si tak představit závažnost užívání barbiturátů v praxi. Autoři zde dále předkládají i fakt, že doposud nebyly jasné důkazy, jež by hovořily o kauzálním poškození plodu barbituráty, avšak se v textu objevuje zmínka, že expozice v raném gestačním věku u zvířat může způsobit změny podobné Fetálnímu alkoholovému syndromu. Oproti Velemínskému a Žižkové zde zohledňují i složku odvykací léčby, která by dle mého názoru měla být součástí každého textu, který se týká podobných témat, neboť by tak byla nastíněna alternativa, kterou mohou uživatelky zvolit. Při následné detoxifikaci je pak, dle autorů, nutno dbát na příjem živin (chronická intoxikace vede k narušení jejich příjmu) a korekci anémie. Dále v textu uvádějí, že intoxikace barbituráty je v mnohém podobná intoxikaci alkoholem, přičemž tato souvislost má potenciál pro další zkoumání problematiky.

Autorky, které se také okrajově v rámci svého textu *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007), zabývaly léky v těhotenství, jsou Sedláčková a Žižková. V tomto textu snad ještě více než u předchozích autorů postrádám větší zainteresovanost do tématu. Jinými slovy se nedomnívám, že by autorky věnovaly problematice dostatečnou pozornost, jakou si bezesporu zaslouží. Autorky se v počátku svého textu, jehož část je zaměřena na vliv účinků sedativ v těhotenství, okrajově zmiňují o historii barbiturátů, což se zatím v žádném jiném textu neobjevilo, a následně popisují s tím související závislost a abstinenci příznaky, které se objeví při vysazení látky. Oproti tomu autoři Vavřínková a Binder i Velemínský spolu se Žižkovou, více akcentují dané téma a z jejich textů je výrazněji identifikovat, co léky v těhotenství způsobují a jak je i dále kategorizovat.

V textu se dále autorky věnují i tomu, že velké dávky sedativ v těhotenství mohou mít mnohé negativní následky, což vnímám doslovně značně ambivalentně, neboť autorkami zvolená terminologie evokuje možnost následků, nikoliv jejich stoprocentní výskyt. Jak tedy tematizují Sedláčková a Žižková, užívání sedativ v těhotenství může mít za následek kupříkladu deformace obličeje, retardace, zpomalený vývoj novorozence a dlouhodobé užívání vede k neonatálnímu abstinenci syndromu. Otázky jakými jsou, co si pod pojmem sedativa představit, existuje nějaká hranice užívání, která škodí, a tedy jsou tak v textu ponechány bez odpovědi. Lze tedy říci, že autorky svůj text koncipují nejednoznačně a spíše čistě deskriptivně namísto cíleného zkoumání problematiky za využití relevantních výzkumů, vztahující se k tématu a mapující jeho šíři a další specifika.

Dalšími autory, jejichž články se v rámci této analýze zabývám, jsou Kostiuk *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013) a Binder v knize *Porodnictví od Čecha* (2006). Ve svých článcích, jejichž názvy již předem předkládají čtenáři představu, že budou obsahovat přehled o všech návykových látkách, se zmíněnou problematikou však nezabývají. Jistou preferenci konkrétních témat nepovažuji za čistě negativní, avšak domnívám se, že by v tom případě měli autoři diskutovat a explicitně uvést, kterými drogami se budou zabývat. Tedy, zda se budou věnovat drogám legálním, nelegálním či obojímu, což by v důsledku umožnilo lépe kategorizovat odbornou literaturu dle jejího zaměření. V případě Bindera se lze však domnívat, že svou intenci věnovat se návykovým látkám jako celku naplnil v rámci spolupráce s Vavřínkovou, kde se tématy zabývá.

Nešpor se ve svém článku *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010) věnuje i účinkům Sedativ v části svého textu, věnované některým rizikům dalších návykových látek v těhotenství. Stejně jako Sedláčková a Žižková se o tomto tématu zmiňuje jen okrajově. Pro text Nešpora je výrazné, že pracuje v bodech a vypichuje do popředí jen důležitá fakta, což z jeho textu činí vhodný nástroj pro přehledný vhled do problematiky. Stejně jako Vavřínková a Binder se zmiňuje o hypotonii a tzv. floppy infant syndromu. V tomto ohledu působí jeho text však značně nekoherentně. V jedné části textu se například věnuje odvykacímu stavu, jenž pak "v těhotenství ohrožuje matku i plod,

*a proto je třeba je vysazovat postupně*“ (Nešpor, s. 3, 2010). V zápětí se autor věnuje skutečnosti, že užití BDZ v prvním trimestru je spojené s malým, ale výrazným rizikem kongenitálních malformací, jako jsou kupříkladu rozštěpy patra. Přestože se jedná o relevantní informace související s tématem, jejich řazení postrádá systematickosti a logickou posloupnost, jež v důsledku ztěžuje orientaci v textu. Na rozdíl od předchozích autorů Nešpor ve svém textu často odkazuje na další autory, což do značné míry zvyšuje validitu textu. Nicméně oproti Velemínskému a Žižkové či Vavřinkové s Binderem autor nezmiňuje další léky či jejich skupiny, čímž stigmatizuje svůj text a vytváří dojem pouze okrajového zkoumání problematiky.

*Drugs in Pregnancy* (2013) je jedním z článků od autorů Gunatilake a Patila, který také pojednává o lécích v těhotenství. Autoři se mimo jiných návykových látek věnují i antidepresivům, které označují za běžně užívané ženami v průběhu těhotenství a svoje tvrzení podepírají odhadem, že 7 až 23 % těhotných žen trpí perinatálními depresemi. Perinatálními depresím a jiným psychickým stavům nebyla v rámci předchozích textů věnována explicitní pozornost, přestože se jedná o závažný problém, jenž může být stejně nebezpečný jako samo užívání návykových látek, což tento článek dostatečně popisuje. V návaznosti na to se také autoři věnují poporodním depresím, které by se neměli opomíjet, a měla by se jim tak věnovat větší pozornost. Autoři zde nezapomínají ani zmínit, že těhotenství je provázeno celou řadou fyziologických a psychosociálních změn a právě tyto změny mohou mít na depresi značný vliv, a sice deprese se může zhoršovat či tyto změny mohou ovlivnit (snížit) reakci těla na antidepresiva.

Pojednávají tak o důležitosti provázání systému, kdy by se v ideálním případě měl sestavit multidisciplinární tým, tedy porodník a psychiatrický specialista, kteří by ženě mohli pomoci zvládnout deprese během těhotenství (Gunatilake, Patil, 2013). Všichni autoři se shodují na tom, tedy i Gunatilake a Patil, že pokud těhotná žena užívá antidepresiva, může to následně způsobit abstinenční příznaky u novorozence, avšak opět neudávají například procentuální přehled o tom, kolik dětí je abstinenčními příznaky zatíženo či jestli nějaký typ antidepresiv je specifictější v kontextu těhotenství než jiný. Text obou autorů pak obsahuje i výčet různých léků či očkování, které mohou ovlivnit těhotenství, a jejichž tematizováním ilustrují problematiku v její celosti.

Kecia Gaither je autorkou článku *Drug use and Pregnancy* (2014), a také jako předešlí autoři, se zmiňuje o lécích v těhotenství. Jak jsem psala již výše, tato autorka koncipuje článek formou otázek, týkajících se problematiky drog (legálních i nelegálních), na které si v průběhu textu odpovídá. Během celého svého textu se autorka snaží odpovídat na otázku, zda jsou léky na předpis u těhotných nebezpečné. Nevyjadřuje se striktně k tomu, že jsou nebezpečné, nicméně dodává, že mohou být, přičemž neudává, co je onou hranicí. Jaké množství léků, jaký typ léků může ohrožovat plod i matku, není v textu konkrétně specifikováno. V tomto kontextu akcentuje, že „...je neetické testovat léky



*u těhotných žen a proto účinky mnoha léků během těhotenství nejsou známy*“ (Gaither, 2014). Dále se spíše než specifikací léků zabývá tím, že je důležité, aby u léků bylo uvedeno, jaký mají vliv na těhotenství a rostoucí plod (tedy v rámci příbalového letáku).

Autorka dále rozvíjí myšlenku o testování léků u těhotných. Zmiňuje se zde o FDA (Food and Drug Administration), která vyžaduje po farmaceutických společnostech provádět speciální studie zvané těhotenské rejstříky. Tohoto mohou využít těhotné ženy, které již nějaký lék užívají a do studie se zapsat. Součástí těchto studií je i sledování dětí po porodu a jejich následné srovnání s dětmi matek, které žádné léky neužívaly. Tato diskuze, kterou autorka nastoluje je z mého pohledu inspirativní a přínosná, neboť uvádí problematiku léků v těhotenství do praxe a ukazuje, že zjištění vlivu léků na plod se stále pohybuje v rovině hypotéz a je značně diskutabilní. U této autorky však schází alespoň okrajové seznámení s problematikou léků v těhotenství, tj. jaké léky by mohly vyvolat závislost a co vlastně se u narozených dětí sleduje či vyskytuje. Oproti tomu Vavřínková s Binderem a Velemínský spolu s Žižkovou více člení léky v těhotenství, konkrétněji se zaměřují na jednotlivé skupiny, které jim přijdou podstatné apod. Autorka se v závěru svého textu zmiňuje i o tom, že některé matky musejí během těhotenství brát léky, poněvadž si to žádá jejich zdravotní stav, tj. astma, epilepsie, hypertenze či deprese, avšak možnosti alternativní léčby nediskutuje.

## 10 NELEGÁLNÍ DROGY V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH MOŽNÝ VLIV AN PLOD A NOVOROZENCE

### 10.1 Opioidy a jejich vliv na plod a vývoj dítěte

Velemínský a Žižková se ve své knize *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008), zabývají mimo jiné i opioidy, jež tvoří sice méně zřetelnou, nicméně v rámci textu velmi podstatnou kapitolu. Pro upřesnění autoři uvádějí známé zástupce opioidů a sice heroin, morfin, ketogan, petidin a buprenorfin, z nichž větší část jistým způsobem charakterizují. Ve svém textu postupují strukturovaně tedy od legálního a běžně dostupného ketoganu, který slouží k tišení bolesti, až po nejpoužívanější nelegální opioid - heroin. Z mého pohledu poněkud postrádám stručnou charakteristiku dané skupiny, poněvadž členění zde mi přijde velmi vhodné a výše zmíněná charakteristika mi tu chybí. Dále se autoři věnují ve větší míře heroinu a tomu, co může v těhotenství způsobit. V textu autoři dokládají a svá tvrzení podpírají studiemi, které byly provedeny na zvířatech a zmiňují i klinické zkušenosti u člověka. Z tvrzení těchto autorů vyplývá, že ...*“opioidy nezpůsobují deformace plodu, ale zpomalují jeho růst...”* (Velemínský, Žižková, s. 41). Autoři dále rozvíjejí, jak se pomalý růst projevuje, tedy že jde o symetrické zpomalení a týká se všech orgánů. Velemínský a Žižková nezůstávají jen u výčtu toho, co heroin může způsobit, ale vysvětlují některá rizika, aby si čtenář lépe představil, co se dále odehrává. V textu by dle mého názoru bylo vhodné uvést i srovnání s ostatními návykovými látkami, přičemž text samotný ke komparaci absolutně vybízí.

V textu je dále dohledatelné, co se častěji objevuje jako komplikace během těhotenství a při porodu, přičemž se jedná o rizika předčasného porodu, úmrtí plodu či potratu, což je u některých návykových látek z jiných skupin stejné. Odlišnosti prakticky spatřuji jen ve větší četnosti u některých návykových látek, tedy že se ve větší míře objevují jedny komplikace a jiné ne. V neposlední řadě se autoři nezapomínají v textu zmínit o abstinčních příznacích, které mohou být další komplikací u novorozence a vyžadují opět specifickou péči. Tematizují pak zejména s tím související neonatální abstinční syndrom. Velemínský a Žižková do této skupiny samozřejmě řadí i látky, které se používají při substituční léčbě u závislosti na opiátech. Vnímám zapojení těchto dvou látek do textu velmi pozitivně, poněvadž je patrné, že i když bude závislá těhotná žena absolvovat substituční terapii, tak i z ní mohou pro dítě plynout jisté komplikace.

Právě metadon se v těhotenství využívá k substituci od opiátů, poněvadž plod poškozují o něco méně než heroin a především omezuje rizika užívání i.v. apod. Autoři zde vyjádřili ambivalentní postoje právě k užívání metadonu v těhotenství. Nepřiklání se ani k pozitivnímu ani k negativnímu hodnocení, ale uvádějí zde vliv metadonu na těhotenství. Na jednu stranu dokládají, pomocí studií, že děti, jejichž matky užívaly

metadon, jsou méně nemocné a zlepšil se i průběh těhotenství, nicméně vše předešlé ve spojení s pravidelnými prohlídkami a podporou okolí. Na straně druhé zmiňují i studie, které hovoří o abstinčních příznacích, které jsou způsobeny metadonem u novorozenců. Předkládají zde fakt, že ačkoli jsou abstinční příznaky silnější a déle trvající, nezpůsobují trvalá fyzická postižení s následným vlivem na vývoj dítěte, za předpokladu odpovídající péče. Autoři do textu také zakomponovali i další lék na závislost na opiátech a to je buprenorfin, čili Subutex. Oproti metadonu, nejsou tak jasně známy účinky na plod a těhotenství obecně. Nicméně zde autoři uvádějí zmínky o studiích, které v tomto ohledu probíhají, avšak zdůrazňují, že farmaceutické společnosti tento preparát nedoporučují, vzhledem k nedostatečným zkušenostem. V současné době je již toto tvrzení vyvráceno a právě metadon se v oblasti substituce u těhotných žen předepisuje primárně.

Vavřínková a Binder se ve své knize *Návykové látky v těhotenství* (2006) také zabývají opiáty jako samostatnou skupinou. Oproti Velemínskému a Žižkové, kteří opiáty zahrnuli pod větší kapitolu narkotik, tak Vavřínková a Binder opiátům věnují samostatnou kapitolu, kterou rozdělují do několika částí. Tedy se v textu jedná o podobné členění jako u stimulačních látek. Z počátku textu autoři velmi zevrubně popisují a charakterizují skupinu opioidů. Možná, že až příliš detailně se autoři věnují v textu dané charakteristice. Nevnímám to však negativním způsobem, nýbrž je možné vytvořit si díky této charakteristice ucelenou představu o tom, co opioidy způsobují u dospělého člověka a v neposlední řadě i jejich způsob užití. Autoři zde nezapomínají zmínit ani vznik tolerance, která je typická pro závislost na opiátech a také v některých fázích textu uvádějí srovnání opiátů se stimulačními látkami. Zmiňují zde heroin, jako klasického představitele skupiny opiátů, avšak oproti Velemínskému a Žižkové zde nevidím alespoň vyjmenované další možné látky, které by do této skupiny mohli patřit. Dále se tito autoři zaměřili i na substituční látky a jejich spojení s těhotenstvím.

V závěru obecné části, která byla sice rozsáhlá, ale z mého pohledu mi chyběli další názvy látek, spojených s touto skupinou a možná i k nim krátká charakteristika, se autoři pozastavují u již výše zmíněného heroínu a udávají, že...*“je heroin jednou z nerozšířenějších drog u nás, a to i v populaci těhotných žen“* (Vavřínková, Binder, s. 41, 2006). Tedy v rámci tohoto tvrzení bych očekávala, že autoři se v textu zmíní či odkážou na příslušné studie, jež by toto tvrzení validizovaly. V další, již kratší kapitole, se autoři zaměřili a rozhodli se obecně popisovat vliv opioidů na těhotenství a samozřejmě také na jeho vliv na plod, novorozence a další vývoj dítěte. Autoři opět dle mého názoru vhodně rozdělili svůj text, kde přehledně o jednotlivých složkách pojednávají. V úvodu textu autoři v jedné větě shrnují, jaký mají patofyziologický účinek na těhotenství opiáty, tedy, že jsou jejich účinky mírné. Co se týká rizikovosti, je daleko problematičtější, že těhotné ženy si jej aplikují intravenózně (rizika spojená s touto aplikací – infekce apod.) a také zde hraje roli i rizikové chování při shánění návykové látky a prostředků na její opatření (Vavřínková, Binder, 2006). Nicméně z textu přesně nevyplývá, zda autory míněná vyšší

incidence infekčních chorob a sexuálně přenosných chorob, jež souvisí s i.v. (intravenózní) aplikací, je pouze u opiátů nebo se vyskytuje i u ostatních návykových látek ve stejné míře.

Pro Vavřinkovou a Bindera je typické, že ve svém textu zahrnují a věnují také jistou míru pozornosti prenatální péči. Celkově vnímám dodatek o prenatální péči zajímavý z toho důvodu, že si čtenář může vytvořit jakousi představu o tom, jak ženy závislé na heroinu fungují, jaký mají životní styl a podobně. Jen jediná věc, co mi zde chybí je, že autoři v této části zmiňují, že ženy prenatální poradnu vyhledají tak 1-6 krát během těhotenství, a tedy by bylo vhodné se zde zmínit, odkud odhady mají, nebo zda jedná o údaje z jejich praxe a zkušenosti.

Dále se autoři věnují placentárním změnám, které probíhají u žen závislých na opiátech a svá tvrzení podírají dokumentací s tím spojenou. Tedy obohacují text o kardiogram ženy s abstinčním syndromem či tabulkou, spojenou se změnami na pupečníku a placentě. Co se tedy placenty týká, heroin skrz placentu vniká do tkání plodu již do jedné hodiny. Vavřinková a Binder na příkladu experimentu s krysami vysvětlují, že pro člověka je daleko škodlivější odbourávání opiátů, než kontinuální vystavení organismu opiátům samotným. Pokud se tedy zamyslím nad tím, co již mnoho autorů napsalo, že to, co se děje u matky, děje se i u plodu, je tedy možné předpokládat, že tomu tak bude i v tomto případě. Když dojde k odbourávání drogy, tedy opiátů, v těle matky, dojde k odbourávání i v těle plodu a dochází ke vzniku distresu a úmrtí plodu. Autoři zde předkládají sdělení, že ...*“neexistuje jednoznačný důkaz, že zvýšený výskyt VVV a snížení délky gestace lze připsat pouze opiátům“* (Vavřinková, Binder, s. 42, 2006). Dále se věnují příliš podrobně a odborně změnami na placentě. Postrádám zde občasně dovysvětlení zmíněných pojmů, poněvadž pak dochází k dezorientaci v textu. Nicméně se autoři vždy dopracují v závěru k vysvětlení, k čemu vlastně dochází, pokud se na placentě objeví negativní změny způsobené působením opiátů. Důsledkem již výše zmíněné insuficience (nedostatečnosti) je plod narozený s intrauterinní růstovou retardací.

Další zkoumanou oblastí, jež se autoři rozhodli popisovat, byl i porod. Zaměřili se více na komplikace spojené s infekcemi, následnými odběry a identifikací možných rizik až po následném rozhodnutí, jak ukončit těhotenství. Zda se bude jednat o přirozený porod (per vias naturales) nebo o císařský řez, aby dítě nebylo ohroženo infekcí z porodních cest. Výrazný rozdíl spatřují v prahu bolesti rodiček. Rodičky, závislé na opiátech, mají nižší práh bolesti, a tedy jsou více náročné na analgézi (tišení bolesti). V neposlední řadě se věnují časným důsledkům opiátů na novorozence, kde více korespondují s Velemínským a Žížkovou. To znamená, že potvrzují, že u takto exponovaných dětí se vyskytuje abstinční syndrom novorozence a dokládají procentuální zastoupení, kdy se tento syndrom vyskytuje u 50-80% dětí (48-72 hodin po porodu) matek, které užívaly během těhotenství heroin. Kojení je jako u většiny návykových látek nedoporučováno a i v tomto ohledu se mnozí autoři shodují.

V závěru textu polemizují nad působením opiátů, co se týká vlivu na pozdější vývoj dítěte. Stejně jako Velemínský a Žižková, validizují své myšlenky pomocí dalších studií, že by zde byla jistá spojitost mezi působením opiátů na plod a dlouhodobým vývojovým postižením. Konkrétněji autoři vyjmenovávají nízkou hmotnost a výšku a malé organizační, behaviorální a percepční schopnosti a také v návaznosti na další studie se u dětí objevovalo nízké IQ a jazykové schopnosti oproti kontrolní skupině. Oba autoři zde zmínili mnohé možnosti, ke kterým může dojít, ale neopomínají brát v potaz i faktory okolí dítěte, které jsou také v závěru podstatné. Tedy nejen okolí dítěte, ale i zdravotní stav matky jak během těhotenství tak před ním, zda matka neužívá nějaká další návykové látky a v neposlední řadě se musí brát v potaz i genetické predispozice a rodinné prostředí.

Sedláčková a Žižková se ve svém článku *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007) věnují také užívání opioidů v těhotenství. Na počátku svého článku autorky tematizují skupinu opioidů a mezi základní řadí morfin a Kodein. Zde vyvstává otázka, proč zde nezminí heroin, jako Velemínský a Žižková a též Vavřínková a Binder. Nicméně z mého pohledu chápu, že zmiňují morfin proto, že je chápán jako lék na tišení bolesti a kodein, který se podává kupříkladu na tišení kašle. Tedy obě látky jsou návykové a o jejich návykovosti vždy informuje lékař, který daný lék předepisuje, což vnímám také jako věc, která by zde mohla být zmíněna, tedy jak se lidé k těmto látkám dostanou a podobně. Samozřejmě jsou ze stejné skupiny, nicméně, co se týká již samotného pojmenování heroin, je více mediálně či společensky rozšířený pojem.

Autorky ve svém textu se zabývají krátkou charakteristikou dané skupiny a myslím si, že by stálo za zmínku tuto část poněkud rozšířit. Pokud se podívám zevrubně na článek obou autorek, zjistím, že více než charakteristice, která není příliš podstatná pro účely této práce, se věnují účinkům opioidů na plod a novorozence. Bohužel článek autorek není obohacen, jako u Vavřínkové a Bindera, o zmínky o dalším vývoji dítěte. Z tohoto článku se pouze dozvídám rizika, která jsou spojena s plodem, novorozencem a na další vývoj není brán zřetel. Což vnímám z mého pohledu jako negativum pro tento text. Ve skrze se autorky, co se rizik týká, shodují s autory předešlými. Ačkoli rizika tolik nediskutují, zmiňují pouhá tři a i ta stačí k podpoře mých domněnek. Pro plod tedy vyplývá nízká porodní váha, NAS, syndrom náhlého úmrtí novorozence a také riziko hepatitidy (B, C), o kterých se však Velemínský a Žižková nezmiňují. Velkou pozornost z mého pohledu autorky věnují popisu NAS, který tvoří většinu textu. Oproti tomu Vavřínková a Binder ve svém textu jen zmínili abstinenční syndrom novorozence a moc s ním v rámci textu nepracovali. Sedláčková a Žižková tak podtrhly důležitost vědomí, že NAS je nejčastěji následkem či negativním projevem, který se objeví, když matka během těhotenství užívá opiáty.

Autorky zde opomíjejí zmínit problematiku kojení či přechod přes placentu konkrétně u opiátů, což vše obsahuje text od Vavřínkové a Bindera. Autorky obecné informace, týkající se návykových látek, a tedy i přechod přes placentu, zanesly do úvodu

svého textu a dále to nečlenily podle skupin. Nevnímám toto jako negativum, nicméně je to trochu zavádějící, co se jednotlivých skupin týká.

Kostiuk se ve svém textu *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013) zabývá spíše drogami obecně a nijak je nečlení. Ale ve své podstatě koreluje s názory předešlých autorů. Avšak si myslím, že skupin návykových látek by si v tomto článku zasloužily své členění. Jednoduše tedy vybírá hlavní nebo spíše nejznámější představitele návykových látek a u nich se krátce pozastavuje. Kostiuk tedy ve svém textu nijak netematizuje historii opioidů či jejich vliv na těhotenství a podobně. Jen okrajově podtrhává tvrzení ostatních autorů, že heroin vyvolává závislost plodu a u novorozence abstinční syndrom. Mohu tedy říci, že v podstatné věci, kterou opiáty novorozenci způsobují, se všichni autoři prozatím shodují a vyzdvihují do popředí NAS (novorozenecký abstinční syndrom). V závěru bere zřetel i na jiné návykové látky, co se týká abstinčního syndromu, tedy jak těžký abstinční syndrom bude, závisí na druhu návykové látky a na délce závislosti.

Binder ve své kapitole Narkotika, jež je podkapitolou o toxických vlivech v těhotenství v knize *Porodnictví* (2006) od Čecha, rovněž zaciluje na návykové látky jako takové. Ve své kapitole charakterizuje narkotika obecně, a tedy se věnuje jen vybraným látkám, která mají z jeho pohledu největší potenciál škodlivosti. Co se týká opiátů, tak autor nijak nespecifikuje jejich skupinu či účinky v nějakých podrobnostech. Jako hlavního představitele opiátů zde zmínil heroin, ale nijak jej neoddělil od zbytku textu, který obsahuje informace i o dalších nelegálních návykových látkách. Autor ve svém článku postrádá i členění na legální či nelegální návykové látky a spíše se, co se rozsahu týká, zaměřuje na vliv legálních látek na těhotenství. Tímto mohu jen přepokládat, že tedy nelegální návykové látky pro něj nepředstavují až takové riziko, jako látky legální a tedy společensky akceptovatelné. Některé nelegální návykové látky zde také chybějí, a proto lze soudit, že ne všechny nelegální návykové látky musí nutně poškodit plod během těhotenství a mnohdy jsou návykové látky, které jsou společností akceptovatelné více nebezpečné, poněvadž se snadno přehlížejí jako součást našeho běžného života.

Binder se stejně jako Velemínský a Žižková a potažmo také Vavřinková shodují na spojitosti heroínu a abstinčního syndromu u novorozenců. Shoda vyplývá z toho, že co se týká expozice heroínu plodu během nitroděložního vývoje, objevují se u těchto dětí abstinční příznaky až v 70%. Nicméně pouze v tomto textu je zmínka nejen o již výše zmiňovaných abstinčních příznacích, ale i o možnosti, že stav toho dítěte se může podobat, co se příznaků týká, infekčnímu onemocnění a je vhodné si toto potvrdit či vyloučit otestováním moči na přítomnost návykové látky. Autor zde vykazuje pouze podstatná rizika, která se skutečně často objevují a jeho tvrzení podporují i předešní autoři, když tvrdí, že děti uživatelky heroínu...*“ukazují pomalý růst a poruchy chování“* (Binder in Čech, s. 373, 2006).

Neopomíná zde ani zmínku o odvykací léčbě, kterou jsem u kupříkladu Sedláčkové a Žižkové nezaznamenala. Pro Velemínského a Žižkovou se odvykací léčba objevila v rámci charakteristiky opiátů a jejich zástupců, tedy charakteristikou substitučních látek. Binder zde velmi výstižně poukazuje na riziko pro plod, které by plynulo z nehodně volené odvykací léčby či bez dozoru odborníka, který se danou problematikou zabývá. Dítě může být v závěru ohroženo intrauterinní smrtí a následně při užití metadonu těhotnou je nutné sledovat a v neposlední řadě případně hospitalizovat, při obtížích, aby se předešlo již výše zmíněným komplikacím.

Nešpor se ve svém článku *Alkohol, tabák a jiné návykové látky v těhotenství* (2010) zmínil krátce i o opioidech, které akcentoval v části, spojené s riziky dalších návykových látek v těhotenství. Autor se ve svém textu stručně zabývá výčtem možných rizik, která vyplývají z užívání heroinu těhotnou ženou. Bezesporu se ve všech zmíněných znacích shoduje s předešlými autory, nicméně se zde jako Velemínský a Žižková pozastavuje jen krátce u rizik spojených s látkami jako je metadon či buprenorfin, které se využívají k odvykací léčbě při závislosti na opiátech. Z toho vyplývá, že i když se jedná o látky, které by měly pomoci od závislosti či zmírnit abstinenční příznaky, tak mohou nějakým způsobem škodit. Zatímco Nešpor je u rizik metadonu poněkud konkrétnější, tak u buprenorfinu tolik konkrétní není a tedy se z textu nedá dovědět, jaká rizika jsou s ním spojená.

Nešpor obecně svůj článek pojímá velmi stručně a vyjadřuje se jasně k jednotlivým skupinám návykových látek a neopomíjí ani odkazy na příslušné odborníky. V závěru textu odkrývá výhody odvykací léčby a následného užívání metadonu či buprenorfinu, poněvadž injekční užívání heroinu má pro matku a plod horší rizika, která jsou spojena právě s intravenózní aplikací a následnou délkou expozice dané látky. Oproti ostatním autorům je Nešporův článek méně obsáhlý a postrádám zde stručnou charakteristiku skupiny či prosté vyjmenování, co si pod opioidy představit. Nicméně se jeho text zaměřuje na mnoho věcí, které dále obohacují jednotlivé fragmenty autory, již zmíněnými. Soustřeďuje se pak také na obecné následky a prevenci.

Zahraniční autoři, jež také publikovali články spojené s touto tematikou, jsou Gunatilake a Patil ve svém textu s názvem *Drugs in pregnancy* (2013). Svůj článek oba autoři věnovali jak legálním návykovým látkám tak těm nelegálním, přičemž každé části vymezují odlišný prostor. Tedy se v textu o opioidech příliš mnoho nelze dozvědět, nicméně v jejich textu oproti Gaither, jak ukáží následně, se alespoň zmínka o nich nalezne. Článek těchto autorů obsahuje i mnohá pozitiva, která se týkají přehledu některých léčiv, ať už legálních či nelegálních a jejich vliv na ženu v těhotenství. Gunatilake a Patil se zmínili o novorozencích, jejichž matky byly závislé na opiátech a následně se vyjadřovali k objevení abstinenčních příznaků do 8 hodin po porodu. Je možné říci, že autoři textu, stejně jako Binder, což zmiňuji pouze jako možnou polemiku

nad oběma texty, nepovažují opiáty za tak nebezpečné a to možná i pro to, že existuje vhodná substituční léčba a podobně.

Další zahraniční autorkou je Gaither, která v článku *Drug use and Pregnancy* (2014) pojednává o mnohých návykových látkách, vyjmenovává je či je přiděluje k určité skupině, avšak ve svém textu zmínku o opioidech nemá. To vnímám jako negativum vcelku vydařeného článku, který coby součást medií může široké veřejnosti předat zásadní informace. Autorka ve svém článku neopomněla mnoho věcí, proto nerozumím tomu, proč právě opiáty vynechala. Lze jen spekulovat o tom, že možná se jí zdála rizika v mnohém podobná i u jiných látek a proto je zde nediskutovala.

## 10.2 Stimulační látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte

Velemínský a Žižková, jako autoři a editoři knihy *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008) se mimo jiné ve svém textu zabývají i stimulačními drogami. Autoři je tedy zpočátku nedělí nebo spíše nepopisují pod pojmem „stimulační drogy“, ale jsou pro ně součástí rozsáhlejší kapitoly s názvem Narkotika. Dále vysvětlují, že pod pojmem narkotika tedy označují společně skupiny ilegálních stimulačních i tlumivých léků a drog. Z mého pohledu je toto dělení vhodné, nicméně je obtížnější si v rámci textu vyhledat konkrétně stimulační drogy, které jsou v konceptu textu autorů vtaženy do skupiny opioidů. Tudíž vnímám celkové dělení zcela nekoherentní. Nicméně autoři se pokusili dané látky specifikovat a v rámci textu o konkrétní návykové látce je tak možné se dozvědět, do jaké skupiny látek patří. Vnímala bych za více přehlednější, kdyby v textu oddělili jednotlivé skupiny od sebe.

V rámci úvodu do problematiky se autoři zaměřují na zobecnění důsledků užívání návykových látek na plod. Upozorňují zde na fakt, že ačkoli *..., tyto drogy mají velmi odlišné chemické složení, všechny však procházejí placentou a dostávají se k plodu*“ (Velemínský, Žižková, s. 40, 2008). Stejně jako mnozí jiní autoři, ačkoliv u jiných návykových látek vysvětlují, že návyková látka působí stejně na mozek a nervový systém dítěte, a na mozek a nervový systém matky. Vnímám toto jako velice podstatné uvést již na samém počátku textu, aby nedošlo k nesrovnalostem, ve smyslu opomenutí tohoto faktu v další části článku, jež by pracovala s konkrétní návykovou látkou. Autoři zde i předkládají a vysvětlují, že spojení matky s dítětem pomocí placenty je velmi podstatné, nejen co se živin či emocí týká, ale i těch negativ, které z užívání návykových látek plynou. Jak se cítí matka, cítí se i plod a to nevyjímá ani to, že pokud je matka pod vlivem drogy, tak droga působí i na plod. Pokud se u matky objeví abstinenční příznaky, objeví se také u plodu. Autoři tedy neustále dokazují, že se jedná o pevné spojení mezi matkou a dítětem a může být vlivem návykové látky narušeno.

Autoři textu dále zůstávají u zobecnění toho, co podle nich mohou narkotika způsobit v organismu dítěte. Vypisují zde stručný přehled toho, co se děje v organismu



dítěte a k čemu to může vést. Stojí zde za zmínku, že autoři vybrali pouze některá rizika, která se dané problematiky týkají. Tedy ta rizika, která se vyskytují nejčastěji. Konkrétně se věnují dalším rizikům spojených s užíváním jednotlivých narkotik, tedy pro účely tohoto textu, stimulačních drog. Vlivem nedostatku kyslíku v děloze může dojít k úmrtí plodu, poškození mozku a nervového systému a s tím související komplikace, které mohou gradovat během těhotenství a při porodu. Dále se Velemínský a Žižková vracejí více k vysvětlení abstinčních příznaků a snaží se více přiblížit čtenáři, jak si má představit, že dochází k objevení se abstinčních příznaků po porodu. Logicky vyvozují, že u dospělých, pokud dojde k přerušování užívání návykové látky, objevují se abstinční příznaky. Autoři se zde v rámci předešlé myšlenky snaží vysvětlit, že během porodu dochází k přerušování dodávky omamné látky k plodu a u novorozenců se po porodu objevují akutní abstinční příznaky. Dále zůstávají u obecných znaků společných, jak píšou oba autoři, pro všechna narkotika a dodávají, že právě všechna narkotika zpomalují růst plodu. Autoři v textu neopomínají, ani odkazy na dohledatelné zdroje a tedy tímto potvrzují a validizují svá tvrzení.

Velemínský a Žižková se v další části textu již věnují konkrétním návykovým látkám. Vnímám poněkud obtížněji, což jsem již předkládala na počátku textu, že autoři zde nepřehledně uvádějí stimulační látky. Mezi stimulační látky řadí, nikoli však rozděleně, kokain a amfetamin. Extázi řadí autoři k designérským drogám, nicméně lze říci, že ke stimulačním látkám patří i extáze, která se vyrábí z amfetaminu. Co se týká jednotlivých návykových látek, tak autoři zpočátku stručně charakterizují, do jaké skupiny daná látka patří, a jak daná látka vzniká. V textu se věnují konkrétně kokainu, amfetaminu a extázi. Autoři se příliš nezdržují v textu popisováním toho, co kokain vlastně je a spíše se věnují jeho účinkům na plod a těhotenství. I když bych z mého pohledu v kontextu uvedeného uvítala i pohled na to, jaká je situace v ČR, tedy i jestli zde platí, že je stále nejrozšířenější drogou. V textu pokračují v konkretizaci toho, co kokain v těhotenství způsobuje. Poukazují zde na vliv kokainu, kdy sníží průtok krve pupeční šňůrou a placentou a následně to může vést ke krvácení do mozku, růstové retardaci a v neposlední řadě k velkému nedostatku kyslíku pro plod. Již z pouhého výčtu těchto rizik je patrné, že v rámci předešlých pochodů v těle plodu a matky se zvyšuje riziko úmrtí plodu a jeho poškození. Autoři zde dokládají a jejich tvrzení podporují i citované zdroje, že kokain může...“*způsobit deformace plodu, menší obvod hlavičky, poruchy srdce a dalších infekcí*“ (Velemínský, Žižková, s. 43, 2008).

V rámci svého textu se autoři zaměřují, dle mého názoru velmi vhodně, na obecné informace a postupují ke konkrétnímu. Nicméně zde neuvádějí konkrétní studie, kterými by potvrdili svá další tvrzení. Bylo by vskutku zajímavé seznámit se blíže s nějakou studií, jež by prokazovala, že novorozenci matek, které v těhotenství užívaly kokain, jsou více nemocní. Postrádám zde nějaký popis, jak například studie probíhala, kdo se jí zúčastnila a podobně. V další části textu se autoři opět věnují výčtu rizik, spojených s užíváním

kokainu v těhotenství. Zmiňují výskyt neurologických symptomů, mezi které řadí mimo jiné podrážděnost, neklid, třes křeče a větší svalové napětí (Velemínský, Žižková, 2008). Postrádám zde konkretizaci studií, které autoři uvádí. Více bych vnímala jako pozitivní, kdyby v textu uvedly alespoň název studie, či zem, z které data pocházejí. V závěru textu se věnují abstinčním příznakům, pro které však ve spojení s kokainem nejsou k dispozici žádná měřitelná data či materiály. Neopomínají ani to, že kokain přechází do mateřského mléka, a tedy v návaznosti na toto se neurologické symptomy, o nichž se autoři zmiňovali výše, mohou zhoršit, když matka kojí.

Amfetamin, jako další návyková látka, je řazena autory mezi syntetické návykové látky, které stimulují CNS. V počátku textu autoři poukazují na spojitost s kokainem a tedy i na stejné účinky a vliv na plod. Nicméně více detailně popisují, jak dochází ke snížení průtoku krve placentou, aby tedy dle mého názoru nedocházelo k opakování jako u kokainu, a zároveň obohacují text o další pohled na to, jak to asi v těle probíhá. Také u amfetaminu je riziko nízké porodní hmotnosti, samovolného potratu, předčasného porodu a v neposlední řadě uvolnění placenty. V závěru textu o amfetaminu se autoři zmiňují o Švédské studii, která ukázala, že se u nemluvňat vyskytuje vyšší výskyt vrozených deformací, neurologických symptomů a křeče. Autoři zde vhodně zmínili existenci různých studií, na jejichž základě lze usuzovat, že výsledky, které se v tomto textu prezentují, jsou podloženy a tedy relevantní. Neopomínají ani zmínku o existenci dalších studií, které se zabývají podobnou tematikou, a přesto našly nová zjištění. Autoři v textu postavili vedle sebe jednu konkrétní studii, výše zmiňovanou ze Švédska, a také jiné studie, které byly podrobnější, a kromě výše uvedených komplikací se navíc objevovaly ...*“poruchy spánku, nechutenství, chvění, hyperaktivní reflexy, nezvyklý pláč a špatná kontrola stavu“*(Velemínský, Žižková, s. 43, 2008).

Dále se Velemínský a Žižková zabývají extází, preparátem vyrobeným z amfetaminu a ovlivňující CNS. V počátku textu velmi podrobně popisují účinek extáze na dospělý organismus, co všechno způsobuje a co ovlivňuje. Autoři zmiňují, že v současné době není tolik informací o vlivu této látky na plod a průběh těhotenství. Nicméně přes tuto skutečnost se pokouší polemizovat nad tím, zda látka působí na dospělého člověka tak, že i takto bude působit na plod. Uvádějí, že potenciální riziko vyplývající z užití této látky pro plod je vysoké a nevylučují se ani komplikace během porodu. V každé části textu věnované jiné návykové látce (tedy ve smyslu stimulačních drog) autoři odkazují vždy na již předešlé návykové látky, což dává jistý pocit komplexnosti a ucelenosti a vzhledu do dané problematiky.

Vavřínková a Binder, se ve své knize *Návykové látky v těhotenství* (2006) oproti Velemínskému a Žižkové, více zabývají stimulačními látkami obecně. Stimulačním drogám věnují daleko více prostoru. Z mého pohledu velmi prakticky a účelně rozpracovávají v počátku textu efekt stimulancí, jejich účinky a pochody, jež se při jejich užití odehrávají v mozku. Tuto část vnímám příliš podrobnou a málo pochopitelnou

s ohledem na použité výrazy a jejich význam. Autoři se v následné části textu zabývají jednotlivými stimulačními látkami, kam řadí kokain, pervitin, extázi a PCP. Každé této návykové látce je věnovaná menší podkapitola. Je zde patrný nepoměr mezi obsahem textů Velemínského a Žižkové a textů Vavřinkové a Bindera. Vavřinková a Binder se více a obsažně věnují jednotlivým, výše zmíněným látkám. Tyto látky pak autoři pojímají od počátku charakteristiky samotné, přes historické kořeny, spjaté s danou látkou a následné účinky na lidský organismus. Ve svém textu jsou velmi důslední a nevynechávají ani zmínku o způsobech a formách užití, abstinčních příznacích a následném vzniku závislosti. Dle mého názoru je to sice velice rozsáhlé, nicméně si čtenář lépe představí, jak ta látka působí na dospělého člověka a může tak snadno dojít k nějakým předpokladů, které autoři v další části textu vyvrátí či podpoří.

U některých výše zmíněných látek Vavřinková a Binder udávají také chemické složení, což nevnímám tak podstatně jako názvy látek pod kterými jsou šířeny. Uvádějí zde kupříkladu pervitin, také metamfetamin a v USA a západním pobřeží je zván ICE. Kupříkladu vysvětlují, že s extází byly podnikány jisté studie na primátech, které prokázaly, že expozice MDMA (extázi), která trvá jen 4 dny a vede k poškození, která jsou na mozku (tedy na terminálních serotoninergních nervových zakončeních) patrna ještě 6 let (Vavřinková, Binder, 2006). Na čemž dle mého úsudku autoři manifestují negativní dopad účinku dané látky za krátký časový interval. Po kapitole věnované stimulačním látkám obecně se Vavřinková a Binder zabývají vlivem stimulačních látek na průběh těhotenství, plod a novorozence. Tuto, jako samostatnou podkapitolu nečlení jako Velemínský a Žižková, ale situují a koncipují ji opět na obecné bázi. Tedy nepíší odděleně o amfetaminu či extázi, ale spíše komplexně o vlivu skupiny jako takové. Je zde velmi vhodně použité členění od prenatální péče, změnách na placentě a důsledky pro novorozence. Autoři podávají ucelený přehled o této problematice. K tomuto přispívá více přehlednější členění, než u předešlých autorů. Stejně jako Velemínský a Žižková i tito autoři zmiňují, že Kokain prochází placentou stejně jako jeho metabolity a u plodu mohou vykazovat různě vysoké hladiny. V návaznosti na to mi zde poněkud chybí vysvětlení, čím je podmíněna výše již zmiňované hladiny, zda je to tedy způsobeno druhem látky či jejím množstvím.

Z toho je patrné, že autoři v textu primárně píší o kokainu, jehož užitím dojde ke snížení oxygenace plodu, zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence (Vavřinková, Binder, 2006). Autoři dále dodávají přímé důsledky, jimiž jsou hypertenze a hypoxie plodu, vedoucí ke zvýšenému průtoku krve mozky. Aby autoři podpořili validitu svého textu, uvádějí zde i studie, které srovnávaly uživatelky kokainu a metamfetaminu, které neprokázaly rozdíl mezi průběhem těhotenství a následným vlivem na novorozence. Tudíž je pro mne více srozumitelné, proč v této kapitole nečlení stimulační látky jednotlivě společně s jejich důsledky. Z tohoto textu vyplývá, že účinky obou látek jsou ve své podstatě stejné, nicméně je pak v samotném závěru nutné brát ohled na další faktory s tím

spojené, tedy přidružená onemocnění matky či kombinace s jinými látkami a podobně. Vavřínková a Binder, pokud mohu předpokládat, vycházejí ze své gynekologické praxe, a tudíž do textu zahrnuli i prenatální péči, která je co se týká žen se závislostí na stimulačních látkách obtížná. Okrajově zde předkládají stručnou charakteristiku těchto těhotných žen. *“Vzhledem k možnosti intravenózního podání je třeba vyšetřit panel hepatitid, provést vyšetření na HIV a sledovat hladiny jaterních enzymů“* (Vavřínková, Binder, s. 48, 2006). Považuji za důležité, že to ve svém textu zmiňují, poněvadž z toho vyplývá, že plod či novorozenec není ohrožen jen vlivem návykové látky, ale i důsledky toho, jak matka danou látku užívala či dokonce zda se vůbec do prenatální poradny dostavila.

Autoři nezůstávají jen u výčtu toho, k čemu může dojít konkrétně v placentě, ale vysvětlují důsledky i chronické hypoxie, kdy se rodí děti s nízkou porodní hmotností a se známkami intrauterinní růstové retardace. Totéž se nachází v části textu, kterou autoři věnovali hypertenzi matky, která jedním z projevů intoxikace stimulanty. Vavřínková a Binder neopomínají ani svá tvrzení podepřít odkazy na další autory, kteří sdílejí tytéž informace. Jeví se mi velmi přehledné i využití tabulky, kde se sleduje četnost placentárních změn u žen, závislých na pervitinu a žen bez drogové závislosti. Oba autoři mají ve své podstatě stejný pohled na danou problematiku jako Velemínský a Žižková. Nicméně, jak už jsem psala výše, jsou si velmi podrobní, ale co se týká důsledků, jsou přehlednější. Tedy si tito autoři v ničem neodporují a oba texty spolu vzájemně korespondují.

Velmi zajímavé se mi v textu jeví rozdělení na časně a pozdní působení drogy na novorozence. Je tudíž možné na problematiku nahlížet v širším měřítku, což Velemínský a Žižková ve svém textu tak detailně neuvádějí a pozdní důsledky opomíjejí. Co se týká časných důsledků, potvrzuje se zde fakt, či můj předpoklad, že v závislosti na stimulantech (i návykových látkách obecně) hraje roli i souběžné užití další návykové látky (polydrogová závislost). Autoři zmiňují některé studie, které se zabývaly sledováním dětí, jejichž matky byly uživatelkami a prokázalo se, že novorozenci vykazovali... *“nižší porodní hmotnost, menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny, vyšší relativní riziko defektů močové trubice a pohlavní soustavy a nižší skóre v neonatálním hodnocení vývoje“* (Vavřínková, Binder, s. 50, 2006). Nutno tedy doplnit, což autoři také učinili, že toto srovnání je s dětmi, jenž nebyly vystaveny drogové expozici. Oproti Velemínskému a Žižkové uvádějí i možné srovnání problematiky s opiaty, v souvislosti s akutním abstinčním syndromem, který má u stimulantů menší intenzitu a kratší trvání než u opiátů. A v návaznosti na to dodávají, že někteří autoři píšou o takzvaném neonatálním neurotoxickém syndromu či neonatálním neurologickém syndromu a též dané autory v textu uvádějí.

Velemínský a Žižková tolik nepopisují akutní abstinční syndrom, spíše se o něm jen okrajově zmiňují a předpokládají, že si čtenář představí, jak abstinční syndrom

probíhá u dospělého a tedy u dítěte to bude stejné. Co se týká pozdních důsledků, které souvisejí s působením těchto látek na novorozence, jimi se autoři v textu věnují také velmi důkladně. V rámci textu uvádějí mnohé studie, které prokazují, že děti po expozici kokainu mají omezené návyky a stresovější chování, pokud jde o porovnání s kontrolními subjekty. Nutno říci, že autoři neustrnuli pouze na bodě po porodu, ale snažili se posunout svůj text trochu dále. Hlavně závěrečná část textu je protkána více studiemi, které hodnotí vývoj v dětství a ukazují přetrvávající vliv kokainu. U těchto dětí se prokázal vyšší výskyt citových vazeb, více narušených vztahů bez závislosti na tom, kdo péči poskytoval, ať už biologická matka či pěstoun. Nicméně Vavřínková a Binder nezůstávají jen v té linii tvrzení, že toto může být způsobeno přímým působením drogy, ale že se musí brát v potaz i vztah matky a dítěte. V závěru, jako v prvním zmiňovaném textu, autoři nedoporučují kojení a píšou o vhodnosti zastavení laktace.

Dalšími autorkami, které se ve svém článku *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007) zabývají stimulačními drogami a jejich vlivem na těhotenství, jsou Sedláčková a Žižková. Z počátku svého textu pojmají stimulační drogy z mého pohledu poněkud nevšedně. Autorky na počátku textu vysvětlují, že pokud se mluví o stimulačních drogách, nemusí se vždy jednat o ilegální látky a to zejména amfetamin, kokain a pervitin. Ještě pro zdůraznění uvedly, že v ČR nejznámější drogou je pervitin. Oproti Velemínskému, Žižkové a Vavřínkové, Binderovi se tyto autorky zaměřily na stimulační látky také jiným způsobem. Tedy ve svém textu uvedly, že stimulační látky mohou být i legální a více společensky tolerované. Z celkového pohledu autorek jsou společensky tolerované legální stimulační drogy káva, čaj a tabák. Vnímám velmi přínosné, že svůj článek obohatily i o legální složku stimulačních látek, a rozšířily tak pohledy na danou problematiku v kontextu ostatních autorů. Bylo by signifikantní se domnívat, že stimulační látky jsou pouze nelegální a tedy je velmi vhodné, že autorky nezůstávají pouze u výčtu těch legálních látek, ale tyto látky i v jistém smyslu tematizují. Co se týká nikotinu, ten probírají zevrubněji, konkrétně v rámci vlivu kouření na těhotenství. Kofeinu oproti tomu věnují jen minimální pozornost s poznámkou, že se jedná o jednu z nejvíce užívaných drog. A co týká konkrétního vlivu kofeinu na průběh těhotenství tak zde uvádějí pouze to, že vliv na nízkou porodní hmotnost či snad na předčasný porod není prokázán. Nicméně je možné vycházet z předpokladu, že pokud kofein stimuluje krevní oběh matky, je tedy možné, že dochází k jisté stimulaci i u plodu.

Autorky se dále zaměřily na kokain a MDMA (extázi), které detailně popisují. Trochu mne překvapuje, že zde neuvádějí i zmínku o pervitinu, jeho působení a vlivu na plod v těhotenství. Mohu tedy jen předpokládat, jak zmiňoval Velemínský a Žižková, že důvodem jsou účinky stejné jako u kokainu. Jak jsem již zmiňovala výše, autorky se dále v průběhu svého textu věnují kokainu a jeho účinkům na plod a novorozence. V podstatě Sedláčková a Žižková podporují tvrzení výše zmíněných autorů, poněvadž co se týká možností poškození, jenž vyplývají z užívání stimulačních drog těhotnou ženou, se

shodují. Nicméně dodávají a vhodně zdůrazňují na konci textu, že kokain má specifické působení, které se projevuje... *“schopností drogy zužovat cévy a tím omezit proud krve od matky k plodu a zpět...”* (Sedláčková, Žižková, s. 74, 2007). Následkem tohoto mechanismu může být spontánní porod a následné komplikace z toho vyplývající.

Pokud se jedná o extázi, tak se autorky v textu o vlivech na těhotenství zmiňují jen málo. Předkládají ve svém textu, jak tato látka působí na ženy a negativně ovlivňuje jejich menstruační cyklus, nicméně dále se tímto nezbyvají. V této části textu postrádám bližší specifikace spojené s touto látkou, jako bylo kupříkladu uvedeno u Vavřínkové a Bindera. Sedláčková a Žižková vykazují ve svém textu i značný nepoměr, co se týká rozsahu textu o kokainu či nikotinu. Z mého pohledu by bylo možné text více obohatit, aby byla možnost rozsáhlejšího porovnání. V závěru článku se objevuje zmínka o riziku v graviditě, které souvisí s potratem a zároveň dodávají, že abstinenci příznaky nebyly prokázány.

Kostiuk je další autor, který se ve svém článku *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013) zabýval drogami obecně. Autor se v článku zaměřil i na jistou krátkou charakteristiku závislých těhotných žen a zároveň vyzdvihl důležitost rizikových faktorů, jež ať už přímo či nepřímo vedou k ovlivnění průběhu těhotenství. Přímou zde nespecifikoval jednotlivé skupiny, ale zaměřil se zde na kofein, jako legální stimulační látku, kterou mimochodem stejně tak do svého textu zahrnula Sedláčková a Žižková. Nicméně oproti těmto autorkám ve svém článku věnuje kofeinu mnohem větší pozornost, poněvadž se kofein dle autora řadí mezi rizikové složky potravy v těhotenství a laktaci. Kostiuk nezapomíná ani na zmínku o tom, že i kofein prochází placentární bariérou a přechází do mateřského mléka.

Dává kofeinu takový prostor, že ve článku popisuje i několik studií, jež souvisí s užíváním kofeinu v těhotenství a v návaznosti na to odkládá i možnost souvislosti mezi denním příjmem kofeinu a následným zvýšeným rizikem potratů, předčasných narození a v neposlední řadě porodů mrtvých plodů. Autor z mého pohledu postupuje ve svém článku, co se kofeinu týká, velmi prakticky a neopomíjí ani možná doporučení, kdy by dávka kofeinu pro ženy, které se bez něj v těhotenství neobejdou, mohla být v pořádku a neměla by překročit 2 šálky denně. Nicméně se udává, pole studií uvedených autorem je i jistá kritická dávka, která může způsobit rizika a ta činní asi nad 600ml kofeinových nápojů, což tvoří asi 5-6 šálků kávy. Samozřejmě, že vhodnější by byla káva bez kofeinu. Nicméně je dost složité říci, zda daná dávka nemůže dítěti nějak uškodit, poněvadž svoji roli může hrát mnoho faktů a myslím, že je tak vhodnější užívat preparáty bez kofeinu. Zajímavé je, že dle krátkosti a stručnosti textu Sedláčkové a Žižkové vypadá, že kofein není tak pro plod a dítě ohrožující. Tyto autorky pouze ve svém textu nad kofeinem polemizují, oproti tomu Kostikuk na různých studiích ukazuje, že užívání kofeinu by mělo být limitované, kvůli rizikům, která představuje.

O stimulačních drogách se autor v textu příliš nezmiňuje. Spíše fragmentálně popisuje účinky některých představitelů stimulačních látek. Oproti tomu musím vyzdvihnout do popředí článek Sedláčkové a Žižkové, které se více zaměřily na konkrétní představitele této skupiny a oddělily je od ostatní části textu. Nicméně všechno toto je pochopitelné, poněvadž, každý autor považuje za zásadní něco jiného a ve své podstatě se v závěrech shodují. Stručně se zmiňuje mezi ostatními drogami i o vlivu pervitinu a kokainu na plod a je nutno podotknout, že opravu předkládá jen nejdůležitější informace, které z užití dané látky pro plod vyplývají. V závěru svého textu se věnuje abstinenčním příznakům stejně jako ostatní autoři. Avšak nezapomíná ani na to, že není jen podstatné se o abstinenčním syndromu zmínit, ale i připsat informace o jeho léčbě.

Binder se ve své kapitole *Toxické vlivy v těhotenství* v knize *Porodnictví* od Čecha (2006) zabývá drogami obecně. Dle mého názoru je důležité, že se toto téma objevuje v různých knihách a není pouze součástí jednoho druhu literatury. Binder jako autor se podílí na tvorbě celé řady publikací s podobnou tematikou a v mnohém je uveden jako spoluautor s Vavřinkovou. Pokud se jedná o tento text, autor zde představuje narkotika, která pro něj představují skupinu nelegálních látek a značné riziko, co se týká užívání těchto látek v těhotenství. V neposlední řadě ve spojitosti s narkotiky hovoří také o rizicích, jež přináší užívání látky intravenózně a důsledky z něj vyplývající. Překvapivé je, z mého pohledu, že zde nejsou narkotika nijak členěna. Stejně jako Velemínský a Žižková využívá Binder narkotika jako označení pro širší skupinu drog, nicméně oproti nim neudává přehled o tom, do jaké skupiny se řadí a podobně. Chybí mi zde rozdělení návykových látek obecně, či prosté vyjmenování hlavních představitelů. Je však zajímavé, že tento autor věnoval více pozornosti alkoholu či kouření a nelegálním látkám o mnoho méně. Nicméně zde ve stručnosti poukázal na několik relevantních informací, které korespondují s výsledky či závěry předchozích autorů.

Autor se nezaměřil pouze na prostý výčet možných rizik, která vyplývají konkrétně v souvislosti s užíváním amfetaminu, ale poznamenal také, že amfetamin má i dlouhodobé účinky na děti, v souvislosti s poruchami chování a agresivitou, jako ostatně píše Vavřinková a Binder. Je tedy patrné, že autor do tohoto textu lehce zakomponoval i poznatky ze spolupráce s Vavřinkovou na jejich knize *Návykové látky v těhotenství* (2006). Nicméně se nechal inspirovat jen povrchně a zanesl do svého textu pouze několik vhodných poznámek. Oproti Sedláčkové a Žižkové se Binder na kokain zaměřil opět okrajově. Pouze uvádí, že účinky na těhotenství nejsou přesně známy, nicméně dodává, že se objevuje ...“*zvýšená frekvence potratů, náhlých úmrtí kojenců, abstinence novorozenců a pozdější poruchy chování*“ (Binder in Čech, s. 373, 2006). V návaznosti na tuto zmínku, bych od autora očekávala, že více jednotlivá tvrzení rozklíčuje a trochu vysvětlí.

*Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010) od Nešpora, jsou dalším textem, který se zabývá sice jen okrajově, problematikou rizik návykových látek v těhotenství. Nejde ve svém textu nikterak do detailů, a jak je patrné i v jiných částech

textu, zabývá se především vytyčením těch nejdůležitějších rizik či informací, které jsou spojené s danou problematikou. Nerozděluje zde skupiny návykových látek nijak výrazně, nicméně jako důkaz předkládá jejich významné představitele. Myslím tedy představitele stimulačních látek, které uvádí pervitin, amfetamin a kokain. Dále nerozvádí konkrétně, jak na dospělého člověka působí, jako to činí Velemínský a Žižková a též jako Vavřínková a Binder. Zaměřuje se na vrozené vady, pomalý růst, předčasný porod a podobně. Ve své podstatě tímto výčtem možných rizik podporuje tvrzení předešlých autorů, poněvadž co se rizik užívání těchto látek v těhotenství týká, se všichni shodují, jak na riziku vrozených vad, tak i na poškození, která se mohou objevit v pozdějším věku a mohou vygradovat jako poruchy chování v rodině a ve škole (Nešpor, s. 3, 2010).

*Drugs in pregnancy* (2013) od Gunatilake a Patila je jedním ze dvou zahraničních článků, které jsem zvolila, a zabývají se drogami v těhotenství. Oba autoři svůj článek pojali velmi rozsáhle, co se týká informací o návykových látkách. Možná to bude dle mého názoru důvod, proč se věnují i stimulačním látkám jen okrajově. Ve svém textu zmínili, stejně jako předešní autoři, rizika vyplývající z užívání kokainu pro plod a neopomněli ani zakomponovat do textu zmínku o rizicích, vyplývajících i pro matku. Autoři se ve všech rizicích, týkajících se vlivu těchto látek na plod, shodují s předešlými autory. Nicméně zde opět postrádám nějaké členění a následné vysvětlení návykových látek. Podle mého názoru prosté zmínění rizik u kokainu není dostačující, i když se obsah textu neodklání od tématu.

*Drug use and pregnancy* (2014) je dalším zahraničním článkem, který se tématem zabývá, a sice od autorky Gaither. Autorka ve svém článku více než poukazuje na riziko užívání návykových látek v těhotenství, ale přímo apeluje na matky jako čtenářky tohoto článku, aby neriskovaly život nenarozeného dítěte. Článek, nebo alespoň jeho jedna část na mě působí jako jakýsi „strašák“ pro matky. Autorka zde také píše, že to, co se vlivem kokainu může objevit u matky v průběhu těhotenství, tak prakticky to samé může být předáno na nenarozené dítě.

Ve své podstatě svůj článek staví na základech toho, aby ukázala, jak některé návykové látky mohou být pro těhotenství nebezpečné, v průběhu textu odpovídá jakoby na otázky, které se vztahují k danému tématu. Tedy v textu se prostřídávají legální návykové látky s nelegálními a je zde i patrné prolínání rizik, spojených s užíváním jak legálních tak nelegálních látek v těhotenství. Rozumím tomu tedy tak, že nepřipisuje větší rizika jen nelegálním látkám, ale poukazuje na to, že stejnou měrou jsou rizika u látek legálních (tabák, alkohol). Ve své podstatě si v ničem neodporuje s předešlými autory, nicméně oproti Gunatilakemu a Patilovi ve svém textu jde více k jádru problematiky. Nezaměřuje se jen na rizika pro plod, ale stejně jako Nešpor a potažmo i Vavřínková a Binder se věnuje dopadům na rané dětství. V rámci veškerých sledovaných článků a tvrzení, bylo prokázáno a studii podloženo, že užívání návykových látek v těhotenství, může způsobit problémy s chováním v raném dětství.



Zajímavostí tohoto textu je zmínka o takzvaných „bezva dětech“. Dle autorky se takto označují děti, narozené matkám, které kouřily crack během těhotenství a obvykle se u nich vyskytuje soubor jejich vlastních fyzických a duševních problémů. Gaither se v textu opírá o tvrzení národního institutu pro zneužívání drog a na jejich podkladě, co se týká expozice kokainu v děloze, uvádí, že...*“deficity se obvykle projeví v oblasti kognitivní výkonnosti, zpracování informací a pozornosti k úkolům“* (Gaither, 2014). V textu zmiňuje jen několik rizik, spojených s užíváním kokainu, a sice menší obvod hlavy, nižší IQ, vyšší riziko vrozených vad. Je zvláštní, že kokain konkrétně nepřihradila do žádné skupiny návykových látek, jen jej pouze tematizovala a v textu označila za návykovou látku, s rizikem pro plod a novorozence. V závěru oddílu, jež autorka věnovala užívání kokainu a zde konkrétně i amfetaminu, zdůraznila to, že rizika se zvyšují v rané fázi těhotenství, kdy je zvýšené riziko potratu, předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti a podobně.

### 10.3 Halucinogenní látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte

Velemínský a Žižková se ve své knize *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (2008) zahrnují do kapitoly narkotika i halucinogeny. V úvodu textu vyjmenovávají zástupce, kteří mezi halucinogeny patří a tedy LSD, psilocybin, mezkalin, phencyklidin a canabinol. Dále člení halucinogeny na konopné drogy, s kterými souvisí hašiš, marihuana a LSD, psilocybin a podobně. Velemínský a Žižková v textu využívají zkušenosti z Dánska a v mnohých částech na ně odkazují. Obecně zde autoři vysvětlují pojem konopných drog a jejich dopad na těhotenství. Autoři také tvrdí, že marihuana či hašiš jsou po alkoholu nejrozšířenější omamnou látkou, co se týká obyvatel Dánska. Autoři velmi vhodně obohacují text o údaje ze studií s těhotnými ženami, které užívaly konopné drogy. Neupínají se pouze k Dánsku, ale pro srovnání neopomínají zmínit ani studie ze zahraničí. Ačkoli ze studií, které zde autoři zmínili, vyplývá, že marihuanu užívá asi 22% těhotných žen, nejsou známy nebo jsou spíše k nalezení jen útržkovité a nekoherentní informace, jak konopné drogy působí na plod či novorozence a celkově během těhotenství.

Stejně jako u ostatních drog lze předpokládat, že cannabis prochází placentou a tudíž se shromažďuje v těle plodu a autoři zde dodávají vysvětlení, proč tomu tak je, že cannabis má dlouhý poločas rozpadu. Velemínský a Žižková opět ve svém textu zdůrazňují, že užívání konopných látek během těhotenství je také ovlivněno prostředím, kde se těhotná pohybuje, tedy sociálním zázemím a kombinací s alkoholem, cigaretami či jinými návykovými látkami. Tato svá tvrzení podpírají odkazováním na studie v textu, kdy udávají výsledky dětí, jejichž matky užívaly konopné drogy během těhotenství, v porovnání s kontrolní skupinou. Nicméně zde uvádějí i rozpor mezi jednotlivými výzkumy, kdy...*“z některých studií vyplývá souvislost mezi užíváním konopných drog v těhotenství a nízkou porodní hmotností či předčasným porodem, jiné výzkumy tuto souvislost neprokázaly“* (Velemínský, Žižková, s. 45, 2008).

Co se týká rizik užívání konopných látek v těhotenství, nabývám zde dojmu, že i zde zmíněná rizika jsou zmíněna i u jiných návykových látek, a dle mého názoru, záleží na dalších faktorech, které s užíváním souvisejí. Tedy souhlasím s tvrzením autorů, že svoji roli může v této záležitosti hrát i přidružená závislost či sociální prostředí. Pokud mluvíme o kouření marihuany, jsou zde podobná rizika, tedy z mého pohledu, co se týká rozvoji možných plicních onemocnění. Netvrdím, že jsou rizika stejná, nicméně pasivní kuřáctví marihuany, může mít také své negativní důsledky a totéž tvrdí autoři Velemínský a Žižková, kteří se zmiňují o častějším objevování se bronchitid a zápalu plic u dětí, vystavených těmto podmínkám. Stejně jako u ostatních návykových látek i zde se objevuje abstinenci syndrom, který však není tak silný a má spíše mírnější průběh (Velemínský, Žižková, 2008).

Autoři se v poslední části textu zaměřili na LSD, psilocybin a podobně a dospěli k závěru, že není nikde popsán přímý vliv těchto látek na plod či novorozence a tedy lze pouze předpokládat, že jsou pro těhotenství velmi nepříznivé. V textu autoři přímo uvádějí, že se jejich užívání v těhotenství nedoporučuje. Autoři se zde velmi dostačující způsobem věnovali problematice závislých těhotných žen na konopných látkách a předložili zde možnosti, které z této závislosti vyplývají. Obohacení textu o zkušenosti z Dánska vnímám jako pozitivní součást článku a vidím v tom možnost srovnání s dohledatelnými studiemi z ČR.

Zatím co Velemínský a Žižková řadí LSD a cannabis do jedné skupiny halucinogenů, tak Vavřínková a Binder ve své knize *Návykové látky v těhotenství* (2006) od sebe rozdělují v rámci kapitol jak kanabinoidy tak halucinogeny. Pro texty obou autorů je typické, že svoje kapitoly značně rozčleňují a postupují od obecných informací ke konkrétním. Co se členění textu týká, tak autoři nejdříve, pro obecný přehled a celkovou ucelenost, charakterizovali, jak kanabinoidy, tak halucinogeny a samostatnou kapitolu věnovali vlivům těchto jednotlivých skupin na průběh těhotenství a novorozence. Autoři popisují historii cannabis a její využití a text vhodně doplňují studiemi, pro představu čtenáře, jak je to v ČR s užíváním marihuany. Pro větší provázanost textu zde uvádějí i účinky THC a hlavně důsledky dlouhodobého užívání marihuany, což vnímám jako velmi důležité z pohledu možné bagatelizace této problematiky, jak užívateli, tak veřejností samotnou. Autoři zmiňují zde i mimo jiné reprodukční rizika, která z užívání marihuany vyplývají. Dá se říci, že ve své podstatě spolu názory Velemínského a Žižkové s názory Vavřínkové a Bindera korelují.

V hlavní části, jež pro mě tvoří zájem autorů o vlivu kanabinoidů na průběh těhotenství, plod a novorozence, opět postupují zcela systematicky. Vycházejí ve svém textu i z osobních zkušeností, co se týká například prenatální poradny. A právě toto vnímám jako velmi pozitivní bod celého textu, protože autoři vycházejí i z vlastní zkušenosti a nečerpají pouze z cizích výzkumů. Tedy se nejedná o to, že by zde jen stroze vyjmenovali možné vlivy kanabinoidů na těhotenství. Spíše zde vnášejí pohled do

prenatální poradny a přes něj se dostávají k vlivům na plod a novorozence. Pokud hovoříme o marihuaně, ve většině případů jde o rekreační užívání, kdy není problém pro těhotnou přestat s užíváním. Autoři zde uvádějí, že incidence těhotných žen, které užívají marihuanu, je asi 2-12%. Marihuana je oproti ostatním drogám méně riziková, co se týká ohrožení přenosu HIV či hepatitid a neobjevuje zde ani riziko abscesů a následných flebitid, které by bylo, kdyby docházelo k intravenózní aplikaci. Oproti Velemínskému a Žižkové, kteří se spíše zaměřili na Dánsko a s ním porovnávají další zahraniční studie, jsou Vavřinková a Binder zaměřeni více na populaci těhotných závislých žen v ČR.

V další části se věnují konkrétněji vlivům marihuany na plod a v podstatě se opět shodují s Velemínským a Žižkovou poněvadž tvrdí, že...*“plody jsou popisovány jako hypotonické, s omezenými reakcemi na stimulaci”* (Vavřinková, Binder, s. 53, 2006). Nicméně vnímám za podstatné zde poukázat na to, že Velemínský a Žižková ve svém textu více polemizují a ukazují obě strany, co se vlivu na plod a novorozence týká. Tedy zmiňují v textu i to, že existují studie, které rizika prokázaly a i studie, které neprokázaly nic. V závěru se také pozastavují jako Velemínský a Žižková nad abstinenčním syndromem a staví jej do pozice méně výrazného oproti ostatním návykovým látkám s rychlým odezněním. Ještě bych zde chtěla zmínit, že Vavřinková a Binder zde také nezohledňují pasivní kouření marihuany, dle mého názoru i názoru Velemínského a Žižkové, by možná rizika stála v textu za zmínku, už jen kvůli prosté podobnosti spjaté s kouřením cigaret.

Autoři se v další části textu věnují samostatné kapitole halucinogenů, kam řadí LSD a také u nás nejčastěji halucinogenní houby – lysohlávky. Oproti Velemínskému a Žižkové zde postrádám na začátku textu seznámení se s představiteli této skupiny a více než cokoli jiného zde charakterizují LSD. Vavřinková a Binder opět v úvodu ve snaze nic nevynechat naplnili text informacemi, které se týkají závislosti na LSD, přes experimenty s touto látkou až k rizikům, s touto látkou spjatých.

V části, věnující se vlivům halucinogenů na průběh těhotenství, plod a novorozence se také shodují s Velemínským a Žižkovou, když tvrdí, že užívání těchto látek v těhotenství je spíše jevem ojedinělým. Pokud nás budou zajímat konkrétní rizika s tímto spojená, tak je velmi obtížné i dle autorů zjistit, zda rizika vyplývají z užívání halucinogenů či z jiných návykových látek, tedy z polydrogové závislosti. Vnímala bych také jako zajímavé, kdyby autoři svůj text obohatili také tím, jaké konkrétní či časté drogy se užívají v kombinaci s LSD, pokud tedy hovoříme o polydrogové závislosti, jako problému, jež se týká stanovení možnosti působení halucinogenů na novorozence.

Nicméně Vavřinková a Binder jdou ve svém textu poněkud dále než předešní autoři, poněvadž netematizovali jen pouhé nedoporučování užívání LSD, ale pokusili se z dostupných zdrojů zjistit, k čemu by se to dalo připodobnit. Autoři udávají, že...*“děti narozené ženám užívajícím v průběhu těhotenství LSD, mají podobné problémy jako děti vystavené účinkům kokainu”* (Vavřinková, Binder, s. 54, 2006). Toto vnímám jako

důležité, poněvadž pouhým „nedoporučením užívání“ se čtenář moc nedozví a spíše přemýšlí nad tím, jak to tedy může být. A tedy vnímám velmi pozitivně zmínku uvedenou Vavřinkovou a Binderem.

Dále se u těchto dětí objevuje celá řada příznaků, které jsou, řekla bych pro užívání návykových látek v těhotenství obecně platné, alespoň co se týká tvrzení různých autorů. Abych tedy vysvětlila své předchozí mínění, u takto narozených dětí se objevuje častěji abrupce placenty, prematurita a intrauterinní růstová retardace, tedy v porovnání s ostatními látkami v jednotlivých kapitolách, jsou tyto informace stejné a mnohými tvrzeními podložené. Vnímám také jako podstatné i to, že zde autoři zmínili i abstinenční syndrom a neukončili svůj text pouhými pár větami. Celkově mi text přijde koherentní a podpořený poklady z praxe. Je zde patrné, že oba autoři mají hluboké zkušenosti s danou problematikou a výrazně se zajímají o těhotné ženy ve spojitosti se závislostí, což dokazuje dlouhodobá spolupráce obou autorů na různých člancích či projektech s podobnou tematikou.

Sedláčková a Žižková ve svém článku *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007) věnují část textu i užívání halucinogenů v těhotenství. Autorky se v textu věnovaly obecnému tematizování halucinogenů a jejich stručné charakteristice. Nepoužívají názvy jako kupříkladu mezkalin, podobně jako Velemínský a Žižková, ale spíše jednoduše do této skupiny řadí látky obsažené v některých houbách, kaktusech či bylinách. Je velice zajímavé, že se autorky v tomto článku věnují hlavně LSD a vůbec neberou v článku na zřetel i cannabis. Velemínský a Žižková zařadili cannabis pod skupinu halucinogenů, Vavřinková a Binder zase pod kanabinoidy, avšak zde v tomto textu zmínku o marihuaně nenacházím. Přičemž pokud se zamyslím nad obsahem předešlých textů, tak právě u marihuany byla popsána rizika, spojená s jejím užíváním, a co se týká LSD, byla fakta nejasná. V další části textu se zaměřují právě na LSD, nicméně se v textu zmínka ve spojitosti s těhotenstvím neobjevuje. Autoři zde uvádějí pouhý popis stavu, kdy člověk halucinogeny užívá, ale ne informace související s těhotenstvím. Co se týká abstinenčních příznaků, vnímám v tomto textu rozpor mezi tvrzením Vavřinkové a Bindera, kteří abstinenční příznaky nebagatelizují a popisují je oproti Sedláčkové a Žižkové, které píše že...*“abstinenční příznaky se u halucinogenů neobjevují, novorozeně však může být neklidné či plačtivé“* (Sedláčková, Žižková, s. 74, 2006).

*Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013) od Kostiuka je článkem, který se jak už je z názvu patrné, věnuje návykovým látkám ve spojitosti s těhotenstvím. Kostiuk se ve svém článku zaměřuje na mnohé návykové látky a člení je pouze na alkohol, kofein, tabák a drogy. Drogy v tomto článku jsou pojímány společně bez rozdělení na jednotlivé skupiny či jejich hlavní představitele, jak bylo více patrné u Velemínského a Žižkové či Vavřinkové a Bindera. Autor zde uvádí některá rizika, která vyplývají z užívání konkrétních drog v těhotenství. Tedy nepojímá například halucinogeny obecně, ale zaměřuje se jen na jednoho a především toho nejznámějšího zástupce. V textu

věnuje pozornost kuřačkám marihuany s myšlenkou, že jsou tyto těhotné ženy současně závislé i na jiné návykové látce a je obtížné určit vliv jednotlivých složek. I toto tvrzení se objevuje u předešlých autorů, nicméně Kostiuk zde zmínil i to, jaké drogy mohou být současně užívány, společně s kouřením marihuany, a to jsou alkohol či tabák.

Autor zde neopomněl i zmínku o halucinogenech a jejich hlavním představiteli LSD. Opět velmi stručně v rámci několika vět vypichuje a dává do popředí účinek LSD. Zaměřuje se na to, že „*LSD způsobuje u ženy nepředvídatelné jednání a tím i riziko nefyziologického těhotenství*“ (Kostiuk, s. 6, 2013). Autor nemusel použít ve větší míře výčet rizik, jako autoři předešlí a přesto zde poukázal na nevyzpytatelnost návykové látky a hlavně v období těhotenství. Je pravdou, že Kostiuk nebývá ve svém článku, co se týká nelegálních návykových látek příliš konkrétní, nicméně se snaží stručně poukázat na hlavní rizika, která z užívání návykových látek v těhotenství vyplývají. Co se týká hlavních představitelů, zde zmínil podstatné věci, které se dají porovnat s ostatními autory a vytvořit tak společný konsensus.

Binder se ve své kapitole *Toxické vlivy v těhotenství* v knize *Porodnictví* (2006) od Čecha drogami zabývá pouze okrajově. Nejvíce zde zdůraznil alkohol a kouření a věnoval tomu více prostoru než návykovým látkám. Pokud se jedná o návykové látky, tak zde pouze charakterizoval obecně a vytýčil zde rizika, která vyplývají z intravenózní aplikace. Pokud se jedná o mnou zkoumané halucinogeny či kanabinoidy, tak se v tomto textu o nich zmínka nenachází. Je to možná proto, a i to tvrdí někteří autoři, že marihuana může být užívána společně s jinými návykovými látkami a je tedy obtížné určit, zda ten daný problém byl vyvolán vlivem marihuany či jiné návykové látky.

Nešpor ve svém článku *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010) se v části věnované konkrétním skupinám návykových látek zabývá i riziky spojenými s halucinogeny a jejich vlivem na průběh těhotenství. Jak jsem již v mnohých částech poukazovala, Nešpor nezkoumá jednotlivé skupiny návykových látek do větších podrobností. Soustředí se spíše na drobné rozdíly, které od sebe oddělují hlavní účinky skupin návykových látek a jejich vliv na průběh těhotenství a po porodu. Nicméně bych vnímala jako vhodné zde více rozvést jednotlivé skupiny, více je charakterizovat a uvést jejich známé příklady, aby mohlo dojít k propojení teorie článku s obecným vědomím společnosti. Tedy, aby bylo více zjevné, která konkrétní návyková látka patří do jaké skupiny. Co se týká článku celkově, autor zde nezapomíná ani na prevenci či pomoc závislým matkám a udává zde odkazy na další odborníky, jež s ním sdílejí jeho názor. Na rozdíl od ostatních autorů zde dále rozvíjí i konkrétně neplodnost žen, která je spojena s užíváním návykových látek, které jsou ať už legální či nelegální. Autor zde poukazuje více na rizika sexuálně přenosných nemocí, které se zvyšuje u jistých druhů návykových látek. Také neopomíná ani nechtěná těhotenství a dospívání spojené s experimentováním.

Co se týká konkrétněji této problematiky, tedy halucinogenů, které zde v krátkosti zmiňuje, zde popisuje hlavně pokusy na zvířatech, prostřednictvím kterých se objevují možná poškození plodu užíváním MDMA a také dlouhodobé změny spojené s hyperaktivitou. Dále se věnuje i zmínce o působení této skupiny návykových látek na vývoj dítěte v pozdějším věku a uvádí zde, že se „objevuje i horší paměť a schopnost učení takto postižených dětí“ (Nešpor, s. 35, 2010). Jako téměř jediný autor ve svém textu zohledňuje i dlouhodobý faktor účinku těchto návykových látek na pozdější vývoj dítěte. Oproti ostatním autorům zde neuvádí výčet rizik, které jsou spojené s tímto druhem návykových látek a ani zde konkrétně kromě MDMA jmenovitě žádné jiné zástupce této skupin neuvádí. Ve své podstatě se autor shoduje s autory předešlými, nicméně by bylo vhodnější, kdyby zde více rozvedl své myšlenky a podepřel je ověřitelnými fakty.

Článek od Gunatilakeho a Patila *Drugs in Pregnancy* (2013) se také stejně jako Nešpor či Kostiuk zabývá halucinogeny či kanabinoidy velmi okrajově. Autoři zde pouze naznačují, že rekreační užívání nemusí mít vždy striktně negativní vliv na plod a novorozence. Spíše mohou podpořit riziko vzniku vrozených malformací a podobně. Více se autoři této problematice nevěnovali i z toho důvodu, že v málo které literatuře jsou popsány všechna rizika či následky. Neexistuje nějaký předepsaný model jak správně vytvořit článek o návykových látkách, autoři vždy upřednostní to, co se jim bude jevit jako podstatné pro sdělení společnosti.

Další autorkou je Gaither, která napsala článek s názvem *Drug use and Pregnancy* (2014), kde oproti Gunatilakemu a Patilovi, halucinogeny zmiňuje daleko více. Autorka zde poukazuje na to, že ačkoli se užívání marihuany může jevit jako bezpečnější či méně problematické a s nižšími riziky, mohou být následky fatální, poněvadž záleží i na dalších faktorech, jak uváděli i autoři předešlí, a tedy faktory sociálního prostředí a polydrogová závislost. V závěru článku se autorka věnuje i abstinčním syndromu, který například u Gunatilakeho, Patila a Nešpora chybí. Myslím, že je velmi podstatné, aby se o abstinčním syndromu psalo, poněvadž, když o tom není v textu zmínka, může dojít k mylné myšlence, že se u těchto látek nevyskytuje, což samozřejmě není pravdou a dokládají to i výše zmínění autoři, ať už více či méně. Dále se tato autorka, stejně jako Nešpor, ve svém článku zabývá problematikou přes narození a zmiňuje se i o následcích pro dítě v dalším vývoji, tedy problémy v chování a s pamětí.

#### **10.4 Těkavé látky a jejich vliv na plod a vývoj dítěte**

Velemínský spolu se Žižkovou (2008) se o těkavých látkách zmiňují jako o inhalaci organických rozpouštědel. Mezi ně řadí mnoho látek, které se používají v běžném, každodenním životě většiny lidí, jako je ředidlo, lepidlo, benzín či plyn do zapalovačů. Autoři se zde velmi obecně zabývají tím, jak na člověka inhalace organických rozpouštědel působí, a sice že dochází z poškození životně důležitých orgánů a následné smrti. V opravdu krátkém textu zde vyzdvihuje poškození, jež vyplývají z organických

rozpouštědel pro člověka a následně i pro plod. Jednoznačně tak vyjadřují, že tyto látky plod poškozují a mohou do jisté míry způsobit deformace podobné jako u alkoholu. V tomto textu by dle mého názoru mohla být věnována zvýšená pozornost vysvětlení působení organických rozpouštědel na plod a jeho mechanismus. V textu jsou pak dohledatelné pouze důsledky. Velemínský a Žižková v textu zmiňují zejména riziko nízké porodní váhy, které se vyskytuje i u ostatních návykových látek a riziko poškození mozku. Dále uvádějí, že se... „*u dětí mohou objevit abstinenční příznaky a snížená funkce ledvin*“ (Velemínský, Žižková, 2008, s. 47). V této části by z mého pohledu bylo vhodné a přínosné vysvětlit, jakým způsobem dochází ke snížené funkci ledvin. Spolu s tím autory předkládaná teze, že deformace způsobené užíváním organických rozpouštědel jsou analogické k deformacím, způsobené alkoholem se jeví jako značně nedovysvětlená a zavádějící. Jinými slovy mají autoři na mysli analogické přirovnání k projevům FAS, jak jsem tematizovala v jedné z předešlých podkapitol, či odkazují k jiným projevům užívání.

Vavřínková a Binder toto téma diskutují ve své knize *Návykové látky v těhotenství*, (2006) vyjádřené samostatnou kapitolou, označenou názvem Skupina těkavých látek. Hned v úvodu autoři uvádí, že v českém kontextu se jedná především o toluen, tedy oproti Velemínskému a Žižkové se mapují situaci v rámci naší společnosti, což považují v souvislosti se zkoumanou problematikou za adekvátní a přínosné. V části svého textu pouze obecně píše o poškozeních, která vyplývají z vdechování par toluenu a k jakým efektům v lidském těle dochází. Přestože vhodně ilustrují mechanismus působení toluenu v lidském těle, nediskutují jiné typy rozpouštědel ani jejich další specifika či vlivy. V rámci zvolené problematiky je pak nutné dodat, že se autoři nevěnují vlivu a rizikům těkavých látek na plod či na průběh těhotenství.

Sedláčková a Žižková ve svém článku s názvem *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství* (2007) neopomíjejí ani část, věnovanou užívání těkavých látek v těhotenství. Stejně jako Velemínský a Žižková, na začátku svého textu jmenují, co se do této skupiny řadí. Autorky píše též stejně jako Vavřínková a Binder o situaci v českém kontextu a akcentují nejrozšířenější látku, reprezentující tuto skupinu a tou je toluen. Stejně jako výše zmínění autoři se zabývají obecnými účinky toluenu na člověka, dle mého názoru až poněkud rozsáhle a možná i na úkor větší zmínky o vlivu na těhotenství. Autorky ve svém popisu účinků toluenu postupují od toho, jaká je účinná dávka toluenu (může to být i několik mililitrů) k délce trvání účinku, účinek se pak může dostavit během několika minut a odezní po desítkách minut. Konkrétně Vavřínková s Binderem tuto skutečnost ve svém textu netematizují, ačkoliv se jejich text s textem autorek značně podobá. Sedláčková a Žižková (2007) dále píše o tom, že vlivem této látky dochází k toxickému poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest, což v neposlední řadě vede k tzv. organickému psychosyndromu, který je dán vlivem působení látky na tkáň mozku.

Autorky se zde jako jediné oproti předchozím textům zmiňují o tom, že...“*všechny těkavé látky mohou proniknout placentou do fetálního oběhu a je zde nesmírné riziko*

*poškození plodu*“ (Sedláčková, Žižková, s. 74, 2007). Tento text tedy v sobě explicitně obsahuje odpověď na otázku, jak se tedy k plodu toluen nebo jiné organické rozpouštědlo dostane. Nicméně zde postrádám konkrétní studie, či odkazy, které by podpořily tvrzení obou autorek, že se opravdu jedná o nebezpečné riziko poškození plodu. V následující části textu se zaměřují dále na to, čím jsou děti, které jsou v průběhu těhotenství vystaveny působení organických rozpouštědel, ohroženy. Autorky stejně jako Velemínský a Žižková se alespoň z části zaměřují na výskyt možných rizik spojených s inhalačními látkami. V textu je zmíněno, že děti matek, jež inhalují toluen, jsou ohrožené rizikem kojenecké úmrtnosti, syndromem náhlého úmrtí kojence a útlumem dýchacího centra po porodu. Je zde opět patrná shoda s Velemínským a Žižkovou, kteří také neopomínají možnost vzniku abstinčních příznaků po porodu. Markantní vliv Žižkové na obou textech je tak více než zřejmý, neboť zde lze nalézt mnohé společné teze.

Následné texty od Kostiuka *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci* (2013), Bindera v knize *Porodnictví* od Čecha (2006), Nešpora *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika* (2010) či zahraničních autorů Gunatilakeho, Patila *Drugs in Pregnancy* (2013) a Gaither *Drug use and Pregnancy* (2014) se bohužel nenachází žádná zmínka o těkavých látkách a jejich vlivu na těhotenství, ačkoliv Binder se tématu věnoval již spolu s Vavřinkovou. Dle mého názoru měli výše jmenovaní autoři blíže specifikovat, o jaké látky se budou ve svých textech konkrétně zajímat. Skutečnost, že se tématem, ač okrajově, zabývají Vavřinková s Binderem, Velemínský se Žižkovou a Sedláčková se Žižkovou považují za přínosné a relevantní, neboť jak ukázaly jejich texty, jedná se o problematiku, vyskytující se i v ČR a zároveň svou závažností a rizikem pro zdraví člověka, plod nevyjímaje, konkurující jiným nebezpečným, návykovým látkám. Je tedy značně diskutabilní, z jakého důvodu se Kostiuk a další problematice nevěnují. Vzhledem k rizikům, která diskutovaly ostatní texty, se toto „zapomenutí na Těkavé látky“, jeví jako nebezpečné a pro studijní či výzkumné účely jako nerelevantní tím spíše, když se tento fenomén užívání vyskytuje i v našem socio-politickém prostředí.



## 11 DISKUSE

Zvolené texty jsem kategorizovala a následně v rámci konkrétních textů jsem se zaměřila na námět, obsah a formu, přičemž mým hlavním úmyslem bylo zkoumat obsah daných textů a všimnout si, jak autoři ústřední myšlenku, užívání návykových látek v těhotenství, zakomponovali do svých textů a jakým způsobem se jim v textech věnovali. V rámci metodologie jsem použila konkrétně kvalitativní obsahovou analýzu textového materiálu, neboť se mi zdála být vhodnou metodou vzhledem k vytyčeným cílům této práce a také schopnou odpovědět na vytyčené výzkumné otázky. Zvolila jsem vybrané texty jak z knih, tak z tištěných časopisů či online článků a diskutovala jsem zde i postřehy ze zvolených zahraničních textů. Zahraniční texty jsem vybrala záměrně z internetových stránek s ohledem na skutečnost, že jsou pro širokou laickou veřejnost snadno dostupné. Chtěla jsem také vědět, zda texty těchto zahraničních autorů mají nějakou výpovědní hodnotu a do jaké míry se liší od českých textů.

Autoři, které jsem zvolila pro tuto metodu obsahové analýzy textů, jsou různých zaměření a spojuje je větší či menší zainteresovanost do daného tématu či zaměření jejich profese. Od toho se také odvíjelo, jak daný text bude zpracován a co bude obsahovat. Jinak vyhlížel a obsahoval více detailnější informace text například Vavřínkové, jakožto gynekoložky, než-li text kupříkladu jiného lékaře, který není v této oblasti zcela zainteresován.

### Cíle výzkumu

Cíle výzkumu byly předem stanoveny dva. Prvním cílem bylo: Porovnat v literatuře problematiku těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními nelegálními látkami. Autoři, které jsem během celé textové analýzy používala, se na mnohých tvrzeních shodli a ve své podstatě se lišili jen v několika niancích a v preferencích, co se týká rozsahu textu, věnovanému různým návykovým látkám. Co se týká nelegálních návykových látek, tak se zde odráží mnoho zásadních faktorů, které hrají roli v závěru těhotenství. Nelegální návykové látky se v textech u většiny autorů rozdělovali do několika skupin. První sledovanou skupinou byli opiáty. Autoři opiátům shodně přisoudili riziko jak zpomalení růstu tak objevení se NAS. A také zde autoři zmínili i rizika, která vyplývají z intravenózní aplikace a tedy hepatitidy, jako infekce přenosné z matky na plod.

Stimulancia byla další sledovanou skupinou, která mne v rámci analýzy zajímala. Mezi stimulancia autoři zařadili především kokain, který dle jejich shodných tvrzení způsobuje značná rizika v těhotenství. Kokain autoři spojují s deformací plodu, poruchami srdce a neurologickými symptomy. Co se týká jistého vzhledu do budoucnosti vývoje dítěte, tak tímto faktorem se zabývá jen málo zkoumaných autorů, nicméně se shodují na

poruchách chování u dětí, jejichž matky užívali v těhotenství kokain a dodávají, že poruchy chování se mohou projevat nejen ve škole ale i v rodině. Dále mezi stimulanty patří i pervitin, který je u nás hodně rozšířený a převážně i v populaci těhotných žen. Nicméně mu v rámci těchto zkoumaných textů nebyla věnována přílišná pozornost a autoři jej obcházejí a více se zaměřují na jiné látky. Když už se najde v textu zmínka o pervitinu, je spíše ve spojení s obecnými charakteristikami této skupiny.

Halucinogeny ve svých textech autoři zahrnovali různě. Někteří je rozdělili na halucinogeny a kanabinoidy, jiní se zmínili pouze o účincích marihuany. Zcela záleželo na konkrétním autorovi a rozsahu textu, co bude a do jaké míry obsahovat. Vavřínková a Binder právě ve svém textu zmínili, že existují jisté studie, které dokazují negativní vliv marihuany na vývoj plodu a zároveň existují studie, které mnoho neprokázaly. Na tuto myšlenku později navazují i jiní autoři a doplňují pro úplnost, že marihuana je většinou spojená s užitím i jiné návykové látky a tím pádem nám polydrogová závislost znemožňuje či znesnadňuje určit přesné důsledky pro plod v těhotenství. V neposlední řadě se autoři shodují na tom, že pokud dochází k vystavení dlouhou dobu účinkům marihuany, zhoršuje se schopnost učení a provází je poruchy paměti.

Poslední skupinou, jež jsem analyzovala, byly těkavé látky. Co se týká rozsahu, byly obsažené v textech jen zřídka a převážně neobsahovaly informace o působení těkavých látek na těhotenství. Spíše popisovali vybraní autoři v textech působení těkavých látek na dospělého jedince a předpokládali, že přechodem přes placentu by mohli být účinky pro plod podobné. V textech byla dohledatelná pouze zmínka o abstinčních příznacích, které snad spojují veškeré návykové látky, akorát v rozdílné intenzitě a byla též prokázána snížená funkce ledvin.

Druhým cílem bylo: Porovnat v literatuře problematiku těhotenství u žen, u nichž bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání ve spojitosti s konkrétními legálními látkami. Všichni autoři bezesporu se v první řadě věnovali tematizování alkoholu, tabáku či lékům v těhotenství. Vnímali lehkou dostupnost těchto návykových látek, jako největší problém, poněvadž jsou tyto látky sociálně akceptovatelné. Alkohol byl součástí všech sledovaných textů a byla mu věnována, řekla bych až eminentní pozornost. Autoři se shodovali na vzniku vrozených vad spojených s alkoholem v těhotenství. Někteří autoři více do popředí vyzdvihovali vrozené vady, které jsou na pohled zjevné, jako je růstová retardace plodu či obličejové deformace, jiní se více zaměřili na „skryté“ vady, které souvisejí s neurologickými či srdečními dysfunkcemi. Dále se většina analyzovaných autorů shodli v tematizování FAS, tedy Fetálního alkoholového syndromu, a shodně jej popisovali. Autoři také shodně dodávají, že abstinence je vhodná, nicméně nevyklučují ani občasné užití menší dávky alkoholu, která by nemusela mít markantní význam pro zdraví vývoj plodu. Spolu s tím dále uvádějí alkohol v těhotenství do přímé spojitosti s ADHD.

Dále, co se legálních návykových látek týká, se autoři zaměřili na nikotin. V textech jsem nenalezla příliš momentů, kde by se tvrzení jednotlivých autorů rozcházela. Co se týká vlivu nikotinu v těhotenství na plod, tak se autoři shodují na nízké porodní hmotnosti, hypoxii a následné intrauterinní růstové retardaci či předčasném porodu. Rozpor v těchto textech byl jen nepatrný a týkal se odvykání kouření, kdy někteří autoři doporučují nikotinové preparáty a jiní striktně říkají, že nikotin v jakémkoli množství poškozuje plod a tudíž je to nevhodné. A také jen polovina autorů zohlednila vliv pasivního kouření na těhotenství.

Léky, jako další skupina návykových látek, byla autory dělena a strukturována různě. Avšak se v podstatných věcech, které byly důležité pro účely této práce, shodovali. Tedy léky a konkrétně BDZ (benzodiazepiny) mají negativní vliv na těhotenství, u novorozenců se objevují abstinenční příznaky a také se zde objevuje NAS (Novorozenecký abstinenční syndrom), pomalý vývoj a retardace. Jen jedna autorka a to Gaither, ve svém textu zdůraznila, že je neetické testovat těhotné ženy a jak na ně působí konkrétní léky a proto účinek některých léků v těhotenství není znám. Tedy nelze s jistotou říci, že všechny léky v těhotenství škodí, nicméně je nutné vše konzultovat se svým lékařem.

Jak je z celé práce patrné, uvedení autoři se více či méně shodují na mnohých rizicích, jež jsou způsobeny vlivem návykových látek. Shodně nepodceňují ani společensky tolerované návykové látky, které, jak se domnívám, ve svých textech popisují více, a podrobněji a svá tvrzení opírají o nesčetné pilíře další odborné literatury. Tedy lze konstatovat, že co se týká nelegálních návykových látek, je zde jistá míra rizika poškození plodu v průběhu těhotenství a dalším vývoji dítěte. Zatímco u alkoholu je to velmi zjevné, či se to projeví později (Fetální alkoholový syndrom, Fetální alkoholový efekt), tak u nikotinu či kofeinu není míra rizika tolik velká. Nicméně se u mnohých autorů objevují i doporučení, kolik je možné vypít například skleniček alkoholu či kávy denně, aby nebyl ohrožen plod. Je však nutné zmínit, že každý jedinec je do jisté míry fyziologicky individuální, tak i tento předpoklad musí být brán v potaz a tedy tato „doporučení“ s větší rezervou. Ze zkoumaných textů, článků i zahraniční literatury jsem došla k závěru, že užívání legálních návykových látek v těhotenství, jako je tabák, alkohol či kofein, může mít i víc než fatální důsledky na průběh těhotenství a vývoj plodu.

V textech se též hovoří o vlivu návykových látek na další vývoj dítěte, k čemuž je nutné dodat, že autoři se více zaměřili na vývoj plodu než na další vývoj novorozence. Nicméně ve svých textech zmiňují několik studií či se shodují na tvrzeních, že skutečně jsou děti, takto vystavené návykovým látkám, náchylnější k poruchám chování, kdy se může objevovat hyperaktivita, poruchy soustředění a pozdější komplikace s učením. Tento výsledek koreluje i s informacemi, které se týkají dané problematiky a jsou k nahlédnutí v různých, široce dostupných médiích.

Pokud se jedná o průběh těhotenství, kdy matka užívala návykové látky, tak nebývá příliš standardní. Záleží zde na druhu užívané návykové látky a chování s tím spojené, proto kupříkladu uživatelky opioidů navštěvují prenatalní poradny velmi sporadicky a tedy může dojít k nezvratným následkům, jako jsou placenta praevia, abrupce placenty, předčasný porod a v neposlední řadě i riziko náhlého úmrtí dítěte. Tedy musí být bráno na zřetel nejen druh návykové látky, tím chci říci konkrétní zástupce návykových látek (kokain, heroin, pervitin a podobně), ale i způsob aplikace, který sebou nese další rizika pro plod a novorozence. Dále je nutné brát ohled i na faktory prostředí, jako je okolí těhotné, kontroly u lékaře či rizikové chování.

Závěrem lze říci, že návykové látky, ať už jakéhokoli charakteru, jsou významným rizikem pro vývoj plodu, novorozence a další vývoj dítěte. Cíle, které byly spojené s tímto tématem, jsem naplnila, poněvadž pomocí kvalitativní obsahové analýzy textů bylo možné porovnat tvrzení různých autorů a na základě obsahu textů dojít ke společnému konsensu. Rovněž z analýzy jsem také mohla určit, jaký z autorů se věnuje konkrétní problematice celistvě a detailně, a který spíše problematiku zmiňuje, avšak nevěnuje jí stěžejní pozornost.

### **Výzkumné otázky**

První otázkou bylo, zda dochází u dětí, u jejichž matek bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání návykových látek, ke vzniku vývojových vad. Na základě výsledků obsahové analýzy textů lze prokázat, že vrozené vývojové vady mohou být negativním výsledkem škodlivého a opakovaného užívání návykových látek v těhotenství. Nicméně se riziko vývojových vad liší podle toho, o jako návykovou látku se konkrétně jedná. Sledování autoři se tedy na riziku zvýšeného výskytu vývojových vad shodli.

Druhou výzkumnou otázkou, která má přímou souvislost s otázkou předešlou, bylo, zda dochází u dětí, u jejichž matek bylo prokázáno opakované a škodlivé užívání návykových látek ke vzniku poruch spojených s pozorností. V tomto ohledu jsou autoři poněkud nejednotní, tedy ve většině textů je alespoň zmínka o následném vlivu návykových látek na další vývoj dítěte. Poruchy spojené s pozorností byly prokázány, a autoři se na tom shodují, u těhotných žen závislých na alkoholu a následně i u stimulačních látek, halucinogenů a opioidů. Tedy ve svém důsledku je důležité vědět, po jakou dobu byl plod vystaven účinku dané látky, poněvadž i tato expozice hraje roli v následném zjištění, zda k poruchám v dalším vývoji dítěte dochází. Pokud se jedná o poruchy spojené s pozorností, tak se autoři nejvíce shodli, že větší riziko a podloženost důkazů je u těhotných žen užívajících alkohol. U dalších návykových látek spíše uvádějí jistou míru rizika vzniku poruch spojených s pozorností, ale nedokládají ve své podstatě žádné relevantní výzkumy.

Třetí otázkou bylo, zda může jejich užívání ovlivnit vývoj plodu během těhotenství. Ve spojitosti s většinou autorů lze konstatovat, že návykové látky mají prokazatelně vliv na těhotenství. U některých návykových látek je vliv mírnější a nejsou důsledky tak fatální a naopak u jiných jsou následky velmi vážné i s progresem do dalších let a dalšího vývoje dítěte. Autoři ve svých textech docházejí ke společnému konsensu a vyjadřují se shodně o tom, že návykové látky skutečně negativně ovlivňují těhotenství. Svá tvrzení dokládají studii a vlastními zkušenostmi z oboru.

V literatuře se výrazněji prokazuje, a tím lze zároveň odpovědět na všechny výzkumné otázky, že dochází ke shodě všech autorů, co se týká vlivu návykových látek na těhotenství, jež je shodně považují za neslučitelné se správným vývojem plodu i pozdějším zdravím dítěte. Je tedy možné konstatovat, že výsledky textové analýzy splnily jeden z výchozích předpokladů této práce, a sice že jsem si prostřednictvím zvolené metody i analyzovaného materiálu byla schopna odpovědět na výzkumné otázky.

## 12 ZÁVĚR

Lze tedy říci, že všechny návykové látky užívané v průběhu těhotenství, na které jsem zaměřila tuto práci, s sebou nesou jistou míru rizika pro plod a novorozence. Jak jsem se již zmiňovala výše, záleží na mnohých dalších faktorech, které musí být brány v potaz. Mezi tyto faktory patří věk těhotné, délka vystavení plodu účinkům návykové látky a rizika spojená s intravenózní aplikací u jistých tipů návykových látek. Tedy u všech návykových látek se shodně objevuje IUGR (intrauterinní růstová retardace), Syndrom náhlého úmrtí novorozence, spontánní potrat, předčasný odtok plodové vody a v neposlední řadě abstinenci příznaky. Pokud se jedná o abstinenci příznaky, tak opět záleží na skupině návykových látek, kam užívaná látka patří. Někdy mohou být abstinenci příznaky těžké, vlekoucí se a jindy je zase průběh poklidný. Dále se autoři shodují na riziku pro pozdější vývoj dítěte a to tedy poruchy spojené s pozorností a s chováním.

Literatura, která byla přístupná v České republice, se mi v mnohém jevila, jako méně dostupná, co se týká knih, které byly sepsány na toto téma. Myslím, že v České republice je podstatně méně literatury, která by se podrobněji zaměřila na toto téma. V mnohém jsou v těchto knihách použity zastaralá tvrzení, které jsou již v současné době vyvráceny. Zmínky o této problematice jsou spíše více zmíněny jako kapitola v knihách gynekologie a porodnictví než v jiných publikacích, které by si také zasloužily obsahovat toto téma. V porovnání se zahraniční literaturou, je česká literatura málo obsáhlá a články či knihy na toto téma nejsou zrovna příliš aktuální či dostupné veřejnosti. Případně nemají úplnou výpovědní hodnotu. V zahraničních zdrojích existuje vyšší množství informací a studií, které byly provedeny ve spojitosti s touto problematikou a v české literatuře se na ně i odkazuje. Nicméně také zahraniční literatura má více aktuálních informací a současných článků než literatura česká. Lze tedy konstatovat, že v České republice není literatura s tímto tématem dostatečně vypovídající a mnohdy jsou závěry vyvozené v těchto publikacích vyvráceny aktuálnějšími informacemi. A také je v České republice mnohem méně textů, které by se zaměřovaly na dané téma než v zahraničí.

I když mnohé zdroje nebyli v některých ohledech obnovené a obohacené o nové informace k danému tématu, přes to byli důležité pro utvoření celkové představy o dané problematice. Celkově nepřinesly tyto texty nic nového a zásadního, co se týká návykových látek v těhotenství, ale jsou pro veřejnost snadno dostupné a více uchopitelné než odborné studie a především proto jsem si tyto texty zvolila. A lze konstatovat, že ačkoli není dostupná literatura výrazně aktuální, je snadno dostupná pro veřejnost a tedy je schopna veřejnosti podat informace o tomto tématu.

## 13 POUŽITÁ LITERATURA

APA (2008). APA Concise Dictionary of Psychology. American Psychological Association.

Beyer, D. (2003) Analgetika, sedativa a trankvilizéry. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 180-186). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Borek, I., Matušková, D. (2008). Infekce novorozenců. In Roztočil (Eds.), Moderní porodnictví (356-357). 1 vydání. Praha: Grada.

Binder, T., et al. (2001). Porodnictví. Praha: Karolinum.

Coleman, F., Kay, B. (1998). Biology of addiction. Substance abuse in pregnancy. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 25(1):1-20.

Dvořáková, I. (2010). Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. AntropoWebzin, 2, 95

Drtílková, I. (2007). Hyperaktivní dítě. Praha: Galén

De Carvalho, H. B, Seibel, S.D. (2009). Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. Clinics (Sao Paulo). 64(9):857-66.

DeVille, K., Kopleman, L. (1998). Moral and social issues regarding pregnant woman who use and abuse drugs. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 25(1): 237-254.

Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál

Finnegan, L., P. (1990). Neonatal abstinence. Current therapy in neonatal perinatal medicine. Philadelphia: BC Decker. 314-323.

Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislostí. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 96-106). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Ganeri, A. (2001). Drogy od extáze k agónii. 1 vydání. Praha: Amulet.

- Hájek, Z. (2004). Syndrom mrtvého plodu. In Hájek Z. (Eds.), Rizikové a patologické těhotenství, (p.373-376). 1. Vydání. Praha: Grada.
- Hájek, Z. (2006). Poruchy růstu plodu. In Čech E. & Hájek Z. (Eds.), Porodnictví, (p.216 - 219). 2. Vydání. Praha: Grada.
- Hájek, Z. (2006). Vrozené vývojové anomálie plodu. In Čech E. & Hájek Z. (Eds.), Porodnictví, (p.205-209). 2. Vydání. Praha: Grada.
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 135-139). Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Hamanová, J., Csémy, L. (2010). Prenatální účinky alkoholu. Čes-slov. Pediatrie., 65(10), 606–612.
- Hampl, K. (2003) Léky vyvolávající závislost. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 187-192). Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Hampl, K. (2003)Těkavé látky. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 193-199). Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.
- Chiodo, L., M, Da Costa, D., E, Hannigan, J., H, Covington, C., Y, Sokol, R., J, Janisse, J., Greenwald, M., Ager, J., Delaney-Black, V. (2010). The impact of maternal age on the effects of prenatal alcohol exposure on attention. Alcohol Clin Exp Res. 34(10):1813-21.
- Jacobson, S. W., Chiodo, L.M.,Sokol, R.J., Jacobson, J. L. (2002). Validity of mental report of prenatal alcohol, cosine and smoking in relation to neurobehavioral outcome. Pediatrics, 109(5), 815-825.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina (Eds.), Základy klinické adiktologie (53-74). 1 vydání. Praha: Grada
- Kachlík, Petr: Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2003
- Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. 1 vydání. Praha: Grada .



Kostikuk, P. (2013). Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Farmi news. Edukofarm*, (6-7)

Kudela, M., et al. (2007). *Základy gynekologie a porodnictví*. 2 vydání. Olomouc: Univerzita Palackého.

Kudrle, S. (2003) Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 91-96). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Kudrle, S. (2003) Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 107-112). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Králíková, E. (2003) Tabák a závislost na tabáku. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 205-210). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Langmeier, J., Krejčíková, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Lee., M., J. (1998). Marijuana and tobacco use in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 25(1):65-83.

Linhart, J. et al. (2002). *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog.

Lukešová, J. (2009). Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. In Preslova I. & Maxová V. (Eds.). *Sborník ženy a drogy* (p. 45-48). Praha: Sananim.

Marečková, J., Orliková, B., Minařík, J., Koryntová, B., Justinová, J., Hulík, M., Kubů, P. (2007). *Drogy otázky a odpovědi*. 1 vydání. Sananim. Praha: Portál.

Maršál, K. (2006). Toxické vlivy v těhotenství. In Čech E. & Hájek Z. (Eds.), *Porodnictví*, (p.372-374). 2. Vydání. Praha: Grada.

Maršál, K. (2006). Hypoxie plodu. In Čech E. & Hájek Z. (Eds.), *Porodnictví*, (p.220-225). 2. Vydání. Praha: Grada.

Mašata, J. (2006). Infekce v těhotenství. In Čech E. & Hájek Z. (Eds.), *Porodnictví*, (p.315-327). 2. Vydání. Praha: Grada.

Meyer, R. E. (1996). The disease called addiction: emerging evidence in 200-year debate. 347(20):162-166.

Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 159-163). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Minařík, J. (2003) Stimulancia. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 164-183). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Miovský, M. (2003) Halucinogenní drogy. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 169-173). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Miovský, M. (2003) Konopné drogy. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 174-179). Praha: Úřad vlády České Republiky.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

Munden, A., Arcelus, J. (2006). Poruchy pozornosti a hyperaktivita. 2. vydání. Praha: Portál.

Nešpor, K., Csémy, L. (2002). „Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající. Praha: Fortuna.

Nešpor, K., Csémy, L. (2003). Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. 5. Vydání. Praha: Portál.

Nešpor K, Csémy L. (2005). Alkohol v těhotenství. Čas. Lék. čes., 144(10), 704–705.

Nešpor, K. (2005). Návykové chování a závislost, 2. rozšířené vydání. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost, 4. aktualizované vydání. Praha: Portál.

Nešpor, K., Scheansová, A. (2010). Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR. 20(6):32-38.

Novotný, J. B., Novotný, Z. (2009). Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. Čes-slov. Pediatrie. 64(5), 251-256.

- Paclt, I., Ptáček, R., Florián, J. (2006). *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, o.p.s.
- Pařízek, A. (2012). *Kritické stavy v porodnictví*. 1 vydání. Praha: Galén
- Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii. *Československá psychologie* 4, (304-314)
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení*. 3 rozšířené vydání. Praha: Portál.
- Popv, P. (2003)Alkohol. In Kalina K. & Radimecký J. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 151-158). Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Preslová, I. (2003). *Závislé matky s dětmi*. In Kalina K.& Radimecký J. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 244-248). Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Preslova, I., Maxová, V. (2009). *Sborník Ženy a drogy*. Praha: Sananim.
- Roztočil, A. (2008). *Psychiatrická onemocnění v těhotenství*. In Roztočil (Eds.), *Moderní porodnictví* (241-242). 1. vydání. Praha: Grada.
- Sedláčková, K., Žižková, B. (2007). *Užívání psychoaktivních látek v těhotenství. Prevence otrav, úrazů a násilí 1*, (71-75). Souborný referát
- Selikowitz, M. (2000). *Dyslexie a jiné poruchy učení*. 1 vydání. Praha: Grada.
- Sraňák, Z. (1997). *Problematika novorozenců drogově závislých matek*. Bulletin. (4), Praha: Národní protidrogová centrála, policie ČR.
- Streissguth, A., P. (1997). *Fetal alcohol syndrome*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. 1 vydání. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3 rozšířené vydání. Praha: Portál.
- Vavřínková, B., Binder T. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha:TRITON.

Vavřínková, B., Binder, T. (2007). Návykové látky v těhotenství. Specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR.

Vavřínková, B. (2008). Abusus drog a sociální problematika v těhotenství. In Roztočil (Eds.), Moderní porodnictví (242-246). 1 vydání. Praha: Grada.

Velemínský, M., Žižková, B. (2008). Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton.

Woodward L, Fergusson DM, Horwood LJ. Results of a Prospective Study From Birth to 20 Years. Journal of Marriage and Family 2001; 63:1170-1184.

Yarley, S. (2014). Povím vám o ADHD, průvodce pro rodinu a přátele. 1 vydání. Praha: Albatros media a.s.

Zelinková, O. (1994). Poruchy učení. 1 vydání. Praha: Portál.

Zwinger, A., et al. (2004). Porodnictví. 1. Vydání. Praha: Galén.

### **Internetové zdroje**

Fišerová, M. (2000). Drogové závislosti. Staženo, 10.11.2015. Internetová stránka: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/drogove-zavislosti-134380>

Tláskal, P. (2016). Syndrom náhlého úmrtí kojence. Staženo, 11.4.2016. Internetová stránka: <https://www.nutriklub.cz/clanek/syndrom-nahleho-umrti-kojence-sids>

Vymazalová, V. (2010). Poruchy pozornosti: vymezení pojmů a základní projevy. Staženo 12.12.2015. Internetová stránka: <http://www.vasedeti.cz/skolka/zs/poruchy-pozornosti-vymezeni-pojmu-a-zakladni-projevy/>

VZP.Abc.tehotenstvi.cz (2014). Součástí těhotenských vyšetření je i test na HIV. Staženo, 3.1.2016. Internetová stránka: <http://www.abctehotenstvi.cz/txt/soucasti-tehotenskych-vysetreni-je-i-test-na-hiv>

Webmd (2014). Drug use and pregnancy. Staženo 19.1.2016. Internetová stránka: <http://www.webmd.com/baby/drug-use-and-pregnancy> (Kecia Gaither)

Merkmanuals (2013). Drugs in pregnancy. Staženo 19.1.2016. Internetová stránka: <http://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/drugs-in-pregnancy/drugs-in-pregnancy leden 2013>, (Ravindu Gunatilake, Avinash S. Patil)

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>