

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



MUDr. Barbora Englová

Gynekologická péče a reprodukční zdraví u uživatelék drog

Gynecological care and reproductive health in female drug users

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Vedoucí závěrečné práce:
MUDr. Viktor Mravčík, PhD.**

PRAHA, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala 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 15.4.2016

.....

Barbora ENGLCOVÁ

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce panu MUDr. Viktorovi Mravčíkovi, PhD. za odborné vedení, ochotu, trpělivost, podporu a laskavý přístup.

Poděkování patří též zaměstnancům K-center, kde mi bylo umožněno vyplňování dotazníků s jejich klientkami. Pominout nemohu ani samotné klientky, bez kterých by nebylo možné tuto studii zpracovat.

Dále bych chtěla poděkovat přátelům a rodině za velkou podporu při studiu i zpracovávání závěrečné práce.

Identifikační záznam:

ENGLCOVÁ, Barbora. Gynekologická péče a reprodukční zdraví u uživatelék drog. [*Gynecological care and reproductive health in female drug users*]. Praha, 2016. 97 stran, 1 příloha. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mravčík, Viktor.

Abstrakt (teze):

Východiska: Užívání návykových látek je faktor, který souvisí s reprodukčním zdravím uživatelky drog, ovlivňuje jejich sexuální rizikové chování a zdravý vývoj plodu a dítěte u uživatelky drog – rodiček a matek. Těhotenství současně představuje v jejich životě moment, který ovlivňuje jednotlivé bio-psycho-sociálních aspekty vzniku a vývoje užívání návykových látek.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zmapovat míru a vzorce užívání návykových látek mezi problémovými uživatelkami drog a jejich změny v průběhu těhotenství, zmapovat rizikové sexuální chování a kvalitu reprodukčního zdraví, zjistit dostupnost gynekologické péče o uživatelky návykových látek, průběh péče před, při a po porodu, a související specifické potřeby a faktory, které přístup k péči v oblasti reprodukčního zdraví ovlivňují.

Metody a soubor: Byl proveden dotazníkový průzkum formou řízeného pohovoru na souboru 25 problémových uživatelky drog, které minimálně jednou rodily a souhlasily s vyplněním dotazníku. Nábor do studie byl prováděn v K-centru Sananim, prostřednictvím Terénního programu Progressive, o.s., a v okolí tohoto zařízení a míst působení terénního programu pomocí metody sněhové koule. Vlastní dotazník obsahoval 164 položek v částech „Sociodemografické údaje“, „Užívání drog“, „Rizikové sexuální chování a reprodukční zdraví“, „Gynekologická péče a bariéry vstupu do péče“ a „Poslední těhotenství a porod“.

Výsledky: Nejčastěji užívanou drogou (po tabákových výrobcích, marihuaně a alkoholu) v posledních 30 dnech byly pervitin, který užilo 19 osob (76 %), a buprenorfin, který užilo 11 žen (44 %). Všechny klientky ze zkoumané populace mají v anamnéze intravenózní užití drogy a téměř polovina (44 %) též sdílení injekčního náčiní. Téměř všechny ženy změnilly v těhotenství své vzorce užívání návykových látek a omezily užívání a užívané množství drogy a přestaly sdílet injekční náčiní. Více než polovina zkoumané populace (56 %) má v anamnéze poskytování sexu za úplatu. Přibližně 2/3 žen (64%) se nechává pravidelně testovat na infekční onemocnění, z toho více než polovina prodělala některou z dotazovaných pohlavních nebo krví přenosných nákaz (9 ze 16, což je cca 56,3 %). Celkem 76 % uživatelky má gynekologa, ale pouze 48 % jej navštíví ihned v případě nějakého problému. Nejvýraznější bariérou vyhledání gynekologické péče ve zkoumaném vzorku byly špatné zkušenosti s přístupem zdravotních sester (a to celkem u 60 % uživatelky). Pouze 2 (8 %) z indikovaných klientek nezapočalo substituční léčbu v těhotenství. Nejoblíbenější porodnicí žen byla ta ve Fakultní nemocnici Motol. Většina uživatelky (72 %) byla s péčí v porodnici spokojena. Po porodu odešla více jak polovina (52 %) novorozenců s matkami domů, ostatní byli předáni do adopce (24 %), kojeneckého ústavu (16 %); po jednom pak byli přeloženi na jiné oddělení nemocnice nebo zemřeli.

Závěry: Průzkum přinesl podrobnější pohled na užívání návykových látek v průběhu těhotenství a na reprodukční zdraví problémových uživatelky drog, což by mohlo pomoci při přípravě cílených intervencí pro uživatelky drog v reprodukčním věku v adiktologických službách. Práce rovněž identifikovala specifické faktory, které je potřeba zohlednit při poskytování gynekologické a porodnické péče o uživatelky drog.

Klíčová slova: těhotenství, gynekologie a porodnictví, užívání návykových látek, neonatální abstinční syndrom, bariéry vyhledání gynekologické péče

Abstract:

Backgrounds: Usage of addictive substances is a factor which affects the reproductive health of the female users, it affects their risky sexual behavior and fetus healthy development during pregnancy of drug using mothers. Pregnancy also represents a moment in their lives which affects certain bio-psycho-social aspects forming the beginning of usage of substance abuse.

Objectives: The aim of the research was to map a degree and patterns among problem female drug users and changes throughout pregnancy, map the risks of their sexual behavior and quality of their reproductive health, try to find out the availability of gynecology care for female drug users, the amount of care available before, through and after pregnancy. It also includes specific needs and factors affecting reproductive health.

Methods and research group: A questionnaire survey of 25 problem female users based on consultations with them, all of them giving birth at least once, was carried out. The study took place at K-center Sananim, using a Field program Progressive, o.s. and around this facility and the place of field program using the „snow ball method“. The questionnaire included 164 items in the following parts "Sociodemographic data", "Drug Use", "Risky sexual behavior and reproductive health", "Gynecologic care and barriers to entry into care" and "Last of pregnancy and a childbirth".

Results: The most used substance, following tobacco products, marijuana and alcohol was pervitin used by 19 persons (76 %) on last 30 days with also 11 females (44 %) stating usage of buprenorphine. All of these females stated usage of these drugs intravenously and almost half of them (44 %) reported sharing needles with others. Many of them, though changed their behavior of using drugs throughout their pregnancy including stop usage of shared needles. More than half of this population (56 %) reported sex for money. Roughly 2/3 (64 %) went periodically through tests for infectious diseases but more than a half of them were infected with one of these (9 of 16, which is about 56,3 %). Altogether 76 % see their gynecologist yet only 48 % of them right in case of some problem. The biggest barrier for them was bad experience with nurse attitude (in 60 % of them). Only 2 of these clients (8 %) did not start to get cured while pregnant. The most favorite maternity hospital among them was in Motol hospital. Most of females (72 %) were satisfied with the care given in maternity hospitals. More than half of newborns (52 %) went home with their mothers after birth, others were hand over for adoption (24 %), infant home (16 %); one was transferred to another hospital ward and one died.

Conclusions: The whole study came with a detailed view of drug usage during pregnancy and reproductive health of these female patients which could help in the preparation of targeted interventions for drug female users in the reproductive age in addictological services. The thesis also pointed out specific factors which are important during the gynecology and obstetrics care for future mothers with drug addiction.

Key words: pregnancy, gynecology and obstetrics, use of addictive substances, neonatal abstinence syndrome, looping barriers in searching gynecological care

Obsah

ÚVOD.....	1
1. Rizikové sexuální chování	2
2. Reprodukční zdraví	6
2.1 Metody plánovaného rodičovství.....	7
2.2 Zdraví v těhotenství, při porodu a po porodu	9
2.3 Sexuálně přenosné choroby	12
3. Gynekologická péče o uživatelky drog	20
3.1 Vliv návykových látek na těhotnou	22
3.2 Substituční program v těhotenství	25
3.3 Prevence užívání návykových látek v reprodukčním věku.....	27
3.4 Bariéry vstupu do péče	28
4. Následky užívání návykových látek pro plod	30
4.1 Konkrétní působení návykových látek na embryo/plod a novorozence	31
4.2 Neonatální abstinenční syndrom.....	35
4.3 Fetální alkoholový syndrom	38
5. Výzkumný problém a použité metody	42
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	42
5.2 Metody tvorby a analýzy dat	43
5.3 Etika výzkumu	43
5.4 Popis výzkumného souboru	44
6. Výsledky.....	47
6.1 Věk prvního užití návykových látek	47
6.2 Celoživotní prevalence užívání psychoaktivních látek.....	48
6.3 Vzorce užívání drog v posledních 30 dnech	48
6.4 Intravenózní užívání drog a sdílení injekčního náčiní	49
6.5 Vzorce užívání návykových látek v těhotenství	50
6.6 Porody, narozené děti a potraty	53
6.7 Rizikové sexuální chování a reprodukční zdraví	54
6.8 Gynekologická péče a bariéry vstupu do péče v aktuální situaci u klientek	57
6.9 Poslední těhotenství a porod	59
Diskuse	66
ZÁVĚR.....	70

Seznam použité literatury	71
Seznam zkratek.....	81
Přílohy	82
Příloha č. 1: Dotazník.....	82

ÚVOD

Závislost na návykových látkách můžeme definovat 6 znaky – bažení (silná touha) užít drogu, zvyšování tolerance, ztráta kontroly nad užíváním, zanedbávání dřívějších zájmů a potěšení ve prospěch psychoaktivní látky, užívání drogy i v případě prokazatelných škodlivých následků a abstinenční syndrom.

Ženy tvoří v ČR v průměru 1/3 uživatelů návykových látek žádajících o léčbu. Problémových (injekčních) uživatelů drog je v ČR v posledních letech odhadováno přes 40 tisíc. Gynekologická péče a reprodukční zdraví se tedy týká cca 15 tisíc problémových (injekčních) uživatelek drog. Ale vzhledem k populační expozici legálním drogám (alkoholu a tabáku) lze předpokládat i značnou expozici problémových uživatelek drog v ČR legálním drogám, jejichž vliv na těhotnou uživatelku, ale především na vývoj plodu, je mnohdy nebezpečnější než u řady nelegálních návykových látek.

Biopsychosociální přístup k závislosti, resp. jejímu vzniku, spojuje vliv *biologický* (genetika, genetika a vrozené predispozice, neurobiologie, enzymatická aktivity, somatická a psychická komorbidita, celkový stav organismu apod.), *psychologický* (vývoj self, prožívání v dětství a dospívání, vztah s pečující osobou, vztahy s dalšími lidmi, vztah k sobě samému atd.) a *sociální* (socioekonomické zázemí od dětství k dospělosti, sociální izolace, rodinné faktory, vliv vrstevníků, společenských norem apod.). Těhotenství, porod a péče o dítě vstupují do všech oblastí bio-psycho-sociálního modelu závislosti a do značné míry je ovlivňují nebo podmiňují.

Těhotenství u uživatelek bývá často neplánované, bývá zjištěno pozdě, většina gravidních problémových uživatelek přichází do zdravotnického zařízení až s nástupem porodu, nemají vlastního gynekologa a nedochází na pravidelné kontroly, často se živí prostitucí, mají socioekonomické, právní a zdravotní problémy, objevuje se u nich bezdomovectví, nezaměstnanost, podvýživa až kachexie. Zneužívání, konání násilí či vykořisťování ne jen partnerem nebývá výjimkou. Setkáváme se s výraznou neznalostí týkající se zdravého životního stylu, infekčních i jiných chorob, jejich projevů, možností prevence či léčby (resp. neznalost možností, kam jít, když se objeví nějaké příznaky nemoci), špatná znalost možných způsobů antikoncepce a rizik přenosu pohlavních i jiných chorob atd.

Gravidita může být komplikována také četnými infekčními chorobami získanými např. nesterilní intravenózní aplikací drogy nebo rizikovým sexuálním chováním. Patří mezi ně především hepatitidy, HIV, endokarditida, syfilis a další. Gravidita může být ovlivněna i dalšími infekčními onemocněními, které s ní na první pohled nesouvisí. Sem můžeme zařadit například různá onemocnění žilního systému (trombózy, flebitidy, tromboflebitidy), které mohou komplikovat celkový stav a poskytnutí adekvátní péče.

Návykové látky mohou mít četné interakce s chronickou medikací uživatelů. Jejich znalost je velmi důležitá a to především pro lékaře pečující o adiktologické klienty.

1. Rizikové sexuální chování

Jako rizikové sexuální chování se označuje chování spojené se sexuálními aktivitami zvyšujícími zdravotní, výchovná, sociální a další rizika ohrožující jedince, ale i celou společnost. Lze sem tedy zařadit promiskuitu, nechráněný pohlavní styk s náhodnými partnery, rizikové sexuální praktiky, sexuální zneužívání (Miovský, Skácelová, Zapletalová, & Novák, 2010), předčasný začátek sexuálního života, včetně zvýšené sledování pornografie ve věku mladším než 15 let, vysoký počet pohlavních styků, prostituci a další (Jonášová, 2015).

Užívání návykových látek některá rizika sexuálního chování zvyšuje – častější přenos HIV a dalších pohlavně přenosných chorob, které se mohou vertikálně přenášet na plod v průběhu těhotenství nebo při porodu, ale také může docházet k přenosu na partnera neužívajícího drogy. Objevuje se také více nechtěných početí, těhotenství uživatelék drog je obtížněji zvládnáno a mívá více komplikací, častěji se vyskytují také bariéry vstupu do péče (Jonášová, 2015).

Prostituce

Provozování prostituce, především u mladých lidí, často souvisí s chudobou, utíkáním z domova, záškoláctvím, náhradní výchovou, bezdomovectvím, sociální stigmatizací, touhou po penězích pojící se s užíváním návykových látek, učením se alternativních způsobů přežití, expozice životu na ulici apod. Započítí vykonávání sexuální práce bývá často spojeno také se sexuálním zneužíváním, které může být příčinou lhostejnosti k léčbě, ztráty sebeúcty apod. (Cusick, & Martin, 2003). V tomto případě je pak prostituce klasifikována jako patologická reakce typické oběti vystavené sexuálnímu násilí (Preslová, Hanková a kol., 2011). Tyto klientky se v terapii obvykle stydí mluvit o sexu, vyskytuje se u nich neschopnost navázat normální vztah, mají velmi nízké sebevědomí a negativní vztah k vlastnímu tělu. Často též nemají ujasněnou svoji roli – roli ženy – a špatně hledají hranice ve vztahu k mužskému pohlaví (Preslová, Maxová a kol., 2009).

Prostituce je považována za velmi nebezpečné „povolání“. Je tedy nutná snaha o minimalizaci škod jí způsobené. Důležitou součástí terapeutické práce se sexuálními pracovníci je důkladná edukace těchto žen – nabídka možností jiné práce, základní informace o nemocech, jejich přenosu, důsledcích atd., rozptýlení mýtů a podobně. Je-li edukace provedena kvalitně, může snížit prevalenci i incidenci pohlavně přenosných chorob, užívání drog, násilí, dluhy, stigmatizaci a další problémy, se kterými se sexuální pracovníci setkávají. Cílem je snížit jejich zranitelnost (Rekart, 2005).

U uživatelék návykových látek provozujících sexuální práci se nákaza HIV či viry hepatitid objevuje přibližně 13,5 x častěji ve srovnání s běžnou populací. Mnohem významnější je také výskyt koinfekce HIV s HCV. Více se objevuje též nákaza tuberkulózou. Prevalenci výše uvedených onemocnění u uživatelů drog a osob živících se prostitucí lze snížit zavedením harm reduction (Ditmore, 2013).

Ve své podstatě není užívání drog ani provozování prostituce nijak zvlášť nebezpečné, za rizikovější můžeme považovat spíše podmínky a místa, kde jsou tyto činnosti vykonávány – např. trhy, vozidla, ulice, hotely, bary či restaurace (Ditmore, 2013). Jde tu především o zdravotní rizika doprovázející prostituci a rozličné typy závažné trestné činnosti s ní spojené. A to např. obchodování s lidmi, sexuální zneužívání či drogová kriminalita (MV ČR, 2015).

Užívání návykových látek na místech, kde se pracovně realizují také ženy živící se prostitucí, může způsobit spojení těchto dvou zdánlivě nezávislých negativních jevů, které se následně mohou vzájemně podporovat a posilovat. Dochází pak k tomu, že je ukončení některé (či obou) z těchto aktivit mnohem těžší, než v případě výskytu jen jedné z nich. Podstatným krokem je oddělení sexuální práce a užívání drog – snaha odradit sexuální pracovnice od užívání drog s klienty platícími za sex a snaha vymluvit jim provozování sexu s klienty pod vlivem některé z návykových látek (Cusick, & Martin, 2003). Problémem je to, že užívání drog bývá většinou nedílnou součástí interakce sexuální pracovnice a jejího klienta. Někteří z mužů lákají tyto ženy právě na to, že se podělí o jejich dávku psychoaktivní látky, občas požadují místo sexu pouze sehnání drogy. Část žen je klienty nucena k užívání návykových látek, jiní vidí v konzumaci drogy sexuální pracovnicí výhodu – lepší sex. Poslední skupinou jsou prostitutky pobízející klienty k užívání psychoaktivních látek. Užití drogy nebo alkoholu těmito muži může způsobit poruchu sexuální funkce, kdy se prodlouží čas potřebný k dosažení ejakulace, což zvyšuje také čas poskytovaného sexuálního servisu a tím také příjem většího množství peněz od klienta. Díky tomu roste také náchylnost drobných poranění a pravděpodobnost přenosu infekce (Ditmore, 2013). Těhotné sexuální pracovnice jsou při provozování prostituce ohroženy zvýšeným rizikem komplikací v graviditě, mateřské morbiditě i mortality a komplikací při potratech (Rekart, 2005).

U uživatelů nelegálních návykových látek se rizikové sexuální chování objevuje velmi často (Roztočil a kol., 2008). Velké množství sexuálních pracovnic užívá alkohol nebo psychoaktivní látky. U některých může dokonce drogová závislost urychlit vstup do kariéry sexuální práce. Ženy živící se prostitucí a/nebo užívající návykové látky tvoří také velkou část vězeňské ženské populace (Strathdee, West, Reed, Moazan, Azim, & Dolan, 2015). Jedním, pravděpodobně nejčastějším, ze způsobů, jak vydělat peníze na drogu, je prostituce, další možností je přístup „sex za drogu“, což bývá spojeno se zvýšeným výskytem pohlavně přenosných nemocí (Roztočil a kol., 2008). Prevalence HIV je vyšší u žen provozujících prostituci a uvězněných žen, na rozdíl od běžné populace. A to především z důvodu častějšího nechráněného pohlavního styku či nesterilní intravenózní aplikace návykových látek (Strathdee, West, Reed, Moazan, Azim, & Dolan, 2015).

Podle organizace Rozkoš bez rizika (2014) přibližně pětina až čtvrtina žen poskytujících komerční sexuální služby (především pouliční prostituce) užívají nebo v minulosti užívaly některou z nelegálních návykových látek. Ženy provozující prostituci lze rozdělit do 4 skupin – *ženy aktuálně užívající návykové látky* (neaplikují intravenózně, nelze určit, zda začaly dříve provozovat prostituci nebo užívat návykové látky), *injekční uživatelky provozující prostituci, aby si vydělaly na drogu* (především pouliční prostitutky, často mívají problémy s policií), *ženy, které nikdy neužívaly* (většina klientek organizace Rozkoš bez rizika, snaha

o dodržování zásad obchodního jednání v průběhu poskytování komerčních sexuálních služeb), *bývalé uživatelky* (provozují komerční sexuální služby, protože díky své drogové kariéře nemají uplatnění na trhu práce, přibližně polovina z nich jsou matky samoživitelky). Na uživatelkách drog provozujících prostituci bývá často páchána násilná trestná činnost (Rozkoš bez rizika, 2014) a to ze strany klientů, kuplířů, ale také policistů (Strathdee, West, Reed, Moazan, Azim, & Dolan, 2015).

Podle výzkumu Cusick a Martin (2003) mělo 81% sexuálních pracovníků zkušenost s problémovým užíváním drog. A to především kvůli tomu, aby vydržely bdít celou noc (noční směnu), potlačily chuť k jídlu a nepřibraly na váze, zvýšení schopnosti navazování sociálních kontaktů s klienty atd. (Ditmore, 2013).

Pro ukončení sexuální práce jsou podle studie Cusick a Martin (2003) nejdůležitější dva faktory – oddělit soukromý sexuální život od komerčního a nemít užívání psychoaktivních látek jako hlavní motivaci k provozování prostituce. Mimo jiné jejich studie ukázala, že úspěšná léčba drogové závislosti vedla k ukončení prostituce u osob, které provozovaly sexuální práci pouze za účelem získání peněz na drogy.

Sexuální zneužívání

O sexuální zneužívání se nejedná v případě, kdy s pohlavním aktem souhlasí obě osoby jej provozující, a nedochází k fyzickému ani psychickému poškození žádného z nich. Za normálních okolností by tito partneři měli být dostatečně psychosexuálně zralí a nepřibuzní v přímé linii. Velký vliv na vývoj dítěte a následně jeho chování v dospělosti má také pohlavní zneužívání dětí. To zahrnuje vystavování nezletilé osoby různým sexuálním činnostem, pohlavnímu chování či jakémukoliv sexuálně laděnému kontaktu (styk, dotyky atd.). Může se objevit také komerční sexuální zneužívání. Obrannými mechanismy pak může být disociace, předstírání vyrovnanosti, racionalizace, užívání návykových látek apod. Závažnost vzniklé patologie souvisí s věkem oběti, délkou traumatu a s mírou použitého násilí. Podle věku dítěte se liší také možné následky – psychosomatické, emocionální či tělesné (Spilková In Preslová, Hanková a kol., 2011).

Sexuální zneužití dítěte můžeme dělit na nekontaktní (voyeurismus, exhibicionismus, sexuální návrhy, expozice genitálu či masturbace před dítětem) či kontaktní (dotýkání se genitálu či prsou, sexuální kontakt). Může se jednat o osoby cizí i pečovatele či rodinného příslušníka. Často se jedná o nového partnera matky. Matka bývá informována přímo nebo nepřímo a pro klid v rodině volí strategii mlčení, čímž pachatele kryje. Informacím od dítěte většinou nevěří, protože otčím tvrdí opak (Hanušová, 2006).

U sexuálně zneužívaných osob se často vyskytuje autoagresivní jednání, potřeba moci nad druhým/extrémně bezmocné chování, nedůvěra, předčasně zralé jednání či regrese, prostituce, promiskuitní chování, neúměrná sexuální zvědavost, sexuálně agresivní chování atd. (Spilková In Preslová, Hanková a kol., 2011).

Promiskuita

Promiskuita se často vyskytuje u osob, které byly v dětství (především mezi 9. a 13. rokem) zneužívány. Tito lidé mají, mimo jiné, tendence manipulovat s ostatními (Spilková In Preslová, Hanková a kol., 2011). Promiskuitní chování se nevyskytuje pouze u uživatelék drog živících se prostitucí, ale i u klientek v léčbě, kdy z ní vypadnou kvůli navázání vztahu s jiným klientem, a také po propuštění (i při dlouhodobé abstinenci) většinou nebývají schopny navázat a udržet vyvážené partnerství trvající delší dobu. Pak většinou následují vztahy s bývalými uživateli či náhodnými partnery. Je to způsob života, který jim pomáhá existovat ve společnosti, kde žijí. Často se jedná také o nutnost sociálních vazeb, které jim umožňují rychlý přístup k dávce návykové látky. Jindy jsou uživatelky s mužem pouze z vděčnosti za to, že se jich ujal a ochraňuje je. Podle slov samotných klientek „prostě potřebují s někým být“. U těchto žen se vyskytuje také vysoká potratovost, nízká znalost možností otěhotnění, různých způsobů antikoncepce, rizika přenosu pohlavních chorob apod. (Preslová In Preslová, Hanková a kol., 2011).

2. Reprodukční zdraví

Reprodukční zdraví můžeme definovat jako stav duševní, tělesné i sociální pohody související s pohlavní soustavou člověka a jeho reprodukčním chováním. Má význam při rozvíjení osobních vztahů jedince a zvyšuje hodnoty života důležité pro člověka. Může být ovlivněno řadou faktorů individuálních, komunitních i celospolečenských. Mezi nejčastější příčiny návštěv reprodukčně zralých žen u specialisty – gynekologa patří bolesti břicha způsobené tumory či záněty, výtoky či krvácení z rodidel, poruchy menstruačního cyklu, popř. předepsání antikoncepce (Míka, 2007). U uživatelék návykových látek se poruchy menstruačního cyklu objevují velmi často, nejčastěji se pak jedná o sekundární amenoreu¹ či nepravidelnost cyklu. Uživatelkám často tyto problémy nevadí a neřeší je (Kotková, 2010).

Velmi častým projevem rozvinuté závislosti, především na opiátech, je postupné snížení sexuální apetence (De Ville, & Kopelman, 1998). Užívání návykových látek však může také ovlivňovat výběr sexuálního partnera a sexuální vztahy jako takové, ale také bezpečnost pohlavního styku – použití kondomu a podobně (Jonášová, 2015). Většina uživatelék psychoaktivních látek považuje bezpečný sex s použitím kondomu se svým partnerem za zbytečnost (i když partnery většinou velmi často střídají). Předpokládají, že když se naučí drogu dobře aplikovat a nesdílet, nemohou se nakazit HIV. Nad nákazou ostatními pohlavně přenosnými nemocemi ani nepřemýšlejí. Mimo jiné nechtějí chráněným sexem narušovat důvěru ve vztahu (Jones, Kirtadze, Otiashvili, Murphy, O'Grady, Zule, Krupitsky, & Wechsberg, 2015).

Předpokladem reprodukčního zdraví je právo na informace a přístup k metodám plánovaného rodičovství, právo na zdravotní péči týkající se jejich reprodukce a možnost mužů a žen vést bezpečný a plnohodnotný sexuální život (Žejglicová a kol., 2008). S tím také úzce souvisí sexuální výchova, která je nedílnou součástí smysluplné a kvalitní výuky na všech typech škol a stupních školní docházky pružně reagující na nové trendy dané společností. To zabezpečují školní vzdělávací programy jako součást rámcových vzdělávacích programů. Do sexuálních témat zasahuje také státní politika, která mívá převážně pozitivní cíle – prevence sexuálního násilí, zneužívání, nechtěných těhotenství, diskriminace, podpora zdraví obyvatel apod. (Jarkovská, 2011).

Existují ukazatele, podle kterých hodnotíme aspekty reprodukčního zdraví. Tyto můžeme rozdělit do tří hlavních skupin (Žejglicová a kol., 2008):

- Metody plánovaného rodičovství
- Zdraví v těhotenství, při porodu a po porodu (do ukončeného prvního roku věku dítěte)
- Sexuálně přenosné nemoci

¹ Amenorea – vynechání menstruace u plodných a pohlavně zralých žen mimo těhotenství (Vokurka, & Hugo, 2008). Sekundární amenorea je vynechání menstruačního krvácení po dobu více než 6 měsíců (Bewley et al., 2011).

2.1 Metody plánovaného rodičovství

Plánované rodičovství je přístup partnerů k reprodukci a zakládání rodiny. Jedná se o řešení otázek týkajících se životního období, kdy si děti pořídit, počtu dětí, metod k zabránění nechtěnému otěhotnění apod. Patří sem také vlastní sexuální chování (Žejglicová a kol., 2008). Kontracepce či antikoncepce je pojem zahrnující metody využívané k zabránění těhotenství. Většinou se užívají před či během soulože, změny jsou reverzibilní. Spolehlivost určuje tzv. Pearlův index vyjadřující počet otěhotnění na 100 žen užívajících tento způsob kontracepce během 1 roku sexuálního života (Roztočil a kol., 2008).

Mezi metody kontracepce řadíme např. periodickou abstinenci, kojení, coitus interruptus, spermicidy, kondomy, různé druhy hormonální antikoncepce (náplasti, vaginální kroužek, nitroděložní tělíška, gestagenní či kombinované pilulky, podkožní implantáty, depotní medroxyprogesteron acetát atd.) či chirurgická sterilizace (Roztočil a kol., 2008).

Přirozené metody antikoncepce jsou založeny na přirozených signálech, kdy má žena své plodné období. V případě normálního průběhu menstruačního cyklu se vajíčko uvolňuje pouze jednou v měsíci a to přibližně uprostřed cyklu, kdy je nutná *sexuální abstinence*, aby nedošlo k otěhotnění. Plodné dny lze stanovit různými způsoby – přímé stanovení hormonů laboratorními metodami, bazální tělesná teplota, krystalizace slin, hlenová metoda, metoda Ogino-Knause atd. Mezi antikoncepční metody můžeme řadit také *kojení*. Nevýhodou je, že má laktace jako kontracepce velmi nízkou účinnost. Částečně spolehlivá je v případě, že žena nemenstruuje, kojí méně než 6 měsíců, minimálně 6 x denně s maximálním odstupem do 6 hodin (Pařízek, 2009). Principem *coitus interruptus* je ukončení soulože před dosažením orgasmu s ejakulací mimo ženské pohlavní orgány. Patří mezi metody běžně dostupné, ale riziko selhání je velmi vysoké (Roztočil a kol., 2008).

Metody bariérové antikoncepce patří mezi nejstarší metody kontracepce známé již několik tisíciletí. Principem je využití mechanické bariéry zabraňující spermiím vstupu do dělohy. Mohou být kombinovány s chemickými způsoby – využití spermicidů způsobujících smrt spermií, ale též s jinými způsoby antikoncepce. Řadíme sem *kondom* (jednorázový, většinou vyroben z latexu) používaný partnerem, *diafragmu* (poševní pesar – gumový klobouček s kovovou pružinou po obvodu, zavádí se před děložní čípek před pohlavním stykem a ponechává se nějakou dobu po něm – ne více než 24 hodin, lze ho používat opakovaně, vhodná je kombinace se spermicidy), *femidon* (vyroben z polyuretanu, připomíná kondom – kompletně kryje pochvu, vhodná je kombinace se spermicidy, použití spolu s kondomem je kontraindikováno z důvodu vznikajícího velkého tření), *cervikální klobouček* (vyroben z latexu či umělých hmot, gumy nebo kovu, přisává se na čípek, správnou velikost určuje gynekolog), *vaginální hubka* (vyrobená z polyuretanu, kombinuje se využitím spermicidů, umísťuje se vysoko do pochvy, kde zůstává 6-24 hodin po styku) a další moderní bariérové metody (Čepický, 2002).

Vaginální spermicidy dostupné ve formě tablet nebo krému jsou chemické látky poškozující spermie zaváděné do pochvy před souloží (při opakované souloži je nutno aplikovat spermicid). Před i po souloži je zakázáno mytí mýdlem – v opačném případě

dochází k selhání kontracepce (Roztočil a kol., 2008). Jsou vhodné pro kojící ženy, protože nepřechází do mateřského mléka. S výhodou se používají hlavně ve Francii, kde je zakázáno užívání hormonální antikoncepce do ukončení šestinedělí a nedoporučuje se do půl roku po porodu (Serfaty, 2015).

Principem *intrauterinní antikoncepce* je zavedení tělíska z plastické hmoty do děložní dutiny. Většinou je obtočeno drátem z mědi, slitiny mědi a zinku, zlata či stříbra. Do dělohy je umisťováno speciálním zavaděčem. Pro snazší odstranění se ponechává vlákno vyčnívající do pochvy. Mechanismem je vznik sterilního zánětu, kdy zmnožené makrofágy likvidují spermie v děložní dutině. Mezi negativní účinky tohoto způsobu kontracepce patří prodloužení a zesílení menstruace. Velmi kuriózně se může vyskytnout endometritida nebo poranění dělohy při zavádění či extrakci tělesa, jiné komplikace se nepotvrdily. Při selhání tohoto způsobu antikoncepce se zvyšuje riziko extrauterinního těhotenství. Absolutní kontraindikací jsou nevysvětlitelné krvácení z dělohy a vrozené vady dělohy. K relativním kontraindikacím patří např. opakované záněty, myomatóza, promiskuita, mimoděložní gravidita v anamnéze atd. (Roztočil a kol., 2008). Je nutná pravidelná lékařská kontrola (Pařízek, 2009).

Nejvíce užívanou a velmi spolehlivou metodou plánovaného rodičovství je *hormonální antikoncepce*, která vyžaduje, mimo jiné, pravidelné lékařské kontroly. Využívají se hormony ženskému tělu vlastní – gestageny a estrogeny. V důsledku užívání estrogenů dochází k zahuštění hlenu děložního hrdla, který brání průniku spermií do dutiny děložní. Ve výrazně větších dávkách pak mohou zamezit ovulaci. Působením estrogenů je potlačeno zrání a uvolňování vajíček z vaječníku, nedochází k ovulaci. Jedná se o perorálně podávané *tablety*, které žena užívá denně. Tato metoda slouží také k úpravě nepravidelného menstruačního cyklu, snížení předmenstruačních a menstruačních problémů, jako prevence vzniku funkčních vaječnickových cyst a anémie snížením ztráty krve při menstruaci atd. Nevýhodou této metody je její dostupnost pouze na lékařský předpis a nutnost pravidelného užívání. V případě opoždění se o více než 12 hodin není již tento způsob kontracepce spolehlivý a je vhodné se chránit jinou metodou (Pařízek, 2009).

Nitroděložní hormonální systém se zavádí na 5 let, má tvar písmene T a je opatřen vláknem. Obsahuje 52 mg syntetického progestinu levonostrogelu s denním uvolňováním 20 µg. Spolehlivost této kontracepce je velmi vysoká, protože kombinuje gestagenní antikoncepci s nemedikovaným nitroděložním tělískem. Redukuje krevní ztráty a lze jej zavést i do myomatózní dělohy. Progestin brání vzniku karcinomu endometria či jeho hyperplazie. Snižuje výskyt zánětlivé pánevní nemoci a lze ho užít i při hormonální substituci v menopauze (Roztočil a kol., 2008).

Další možností perorální hormonální kontracepce je *postkoitální antikoncepce*. Princip spočívá v podání velkého množství hormonů do 72 hodin po pohlavním styku (Pařízek, 2009), maximálně však do 150 hodin. Dále následuje druhá dávka do 12 hodin po té první. Tato nouzová metoda se využívá po nechráněném či nedostatečně chráněném pohlavním styku, popř. při selhání jiných druhů kontracepce, jako např. opomenutí užití perorální tablety, poškození kondomu, selhání přerušované soulože, předčasném vyjmutí

vaginální antikoncepce apod. (Křepelka, 2014). Existují tři typy těchto pilulek – kombinované (gestagen i estrogen), pouze progesteronové a pilule obsahující antiprogesteron. Primárním účinkem této kontracepce je inhibice fertilizace. K nežádoucím účinkům můžeme řadit bolesti hlavy a břicha, nevolnost, zvracení, bolesti prsou, zvýšenou únavu atd. (Trussel, Raymond, & Cleland, 2016).

Depotní medroxyprogesteron acetát je injekčně podávaný dlouhodobě účinný čistě gestagenní antikoncepční prostředek, který se aplikuje jednou za 3 měsíce intramuskulárně v dávce 150 mg v prvních 5 dnech menstruačního cyklu, další dávka se podává za 13 týdnů. Je vhodný také pro matky po porodu – u nekojících matek se podává do 5 dní po porodu, u kojících po šestinedělí. Od roku 2008 je na trhu také forma, kterou lze aplikovat také subkutánně v menší dávce 104 mg. Tímto způsobem dochází k vyrovnanější a pomalejší absorpci. Mimo tuto indikaci je využíván také v léčbě endometriózy (Fait, 2011).

Chirurgická sterilizace zabraňuje otěhotnění díky chirurgickému uzavření vejcovodů (bez poškození pohlavních orgánů), což zabraňuje transportu vajíčka do dělohy i postupu spermií k vajíčku, čímž je trvale zamezeno přirozenému oplodnění. Při nesprávném provedení chirurgického zákroku může dojít i extrauterinnímu těhotenství. Žádost o tento výkon musí schválit sterilizační komise. Není vhodný pro ženy, které nejsou stoprocentně rozhodnuty nemít další děti (Roztočil a kol., 2008). Za chirurgickou sterilizaci může být považována také supravaginální hysterektomie či adnexektomie (Novotný, Králíčková, & Smitková, 2007).

Mezi antikoncepční metody ex-post patří například umělé ukončení těhotenství (UUT) a to především kvůli zdravotním problémům matky či plodu nebo v případě nechtěného těhotenství. Na druhou stranu, dlouhodobé odkládání rodičovství či opakované provádění UUT však může způsobit následné problémy s koncepcí a zvyšuje nutnost využívání asistované reprodukce. Počet takto narozených dětí roste (Žejglicová a kol., 2008).

2.2 Zdraví v těhotenství, při porodu a po porodu

Užívání návykových látek v těhotenství je relativně časté. Nejčastěji se objevuje kouření a užívání alkoholu. Z nelegálních návykových látek pak marihuana. Ženy také, častěji než muži, užívají antidepresiva, sedativa, hypnotika a analgetika, včetně opioidních. Léčba poruch způsobených návykovými látkami bývá komplikována problémy s bydlením, nedostatkem financí, psychosociálními a socioekonomickými faktory, nedostatkem podpory od rodiny a přidruženými onemocněními (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011). Bezdomovectví gravidních uživatelů a přežívání v nestabilních podmínkách bývají spojeny s výraznými problémy v perinatálním období, se sociální izolací, podvýživou a nedostatečným přístupem ke zdravotním službám. Stávají se také často oběťmi partnerského násilí (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessing, 2009). Těhotenství je nejlepším obdobím, kdy je možno nabídnout ženám řešení problémů s užíváním psychoaktivních látek (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011).

Speciální služby pro problémové uživatele drog by měly být schopny včas identifikovat těhotné uživatelky, které nejsou se službami v kontaktu a zajistit vstup do péče pomocí case

managementu. Intervence poskytované gravidním ženám užívajícím návykové látky by měly být multidisciplinární a koordinované. Předpokladem je poskytnutí prevence, péče o duševní zdraví, diagnostiky a léčby infekčních nemocí, sociální a gynekologicko-porodnické péče. Cílem je integrovaná spolupráce praktických lékařů, adiktologů, gynekologů-porodníků, sociálních pracovníků, psychologů a dalších odborníků (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessing, 2009).

Výzkum Nechanské, Mravčíka, Sopka a Velebila (2012) ukázal, že užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku má v graviditě velký vliv na vzniklé komplikace u matky i novorozence. Závažné komplikace u těhotných kuřaček se vyskytovaly 1,4 x častěji než u běžné populace, zhoršoval se také klinický stav plodu a narození mrtvého plodu bylo 6,5 x častější (u těhotných alkoholiček 3 x).

Podle výzkumu Kahila, Gissler, Sarkola, Autti-Rämö, & Halmesmäki (2010) jsou různé ambulance a pohotovosti navštěvovány z žen nejčastěji těhotnými a matkami – uživatelkami alkoholu a návykových látek. Z diagnóz u ošetřovaných těhotných a matek uživatelek v ambulantní péči se nejčastěji objevovaly kožní infekce, onemocnění horních cest dýchacích a močopohlavní soustavy, poruchy menstruačního cyklu, septikémie, HIV a hepatitidy. Častěji se u těchto žen vyskytovaly také duševní poruchy, poruchy chování. Spontánní ani indukované potraty nebyly výjimkou. Hospitalizace jsou nejčastější kvůli různým otravám léky, chemikáliemi apod., úrazům a nehodám – jedná se především o četné zlomeniny končetin, kostí obličeje atd. Výzkum také ukazuje, že těhotné nebo ženy s malými dětmi užívající drogy jsou obecně více motivovány k vyhledání odborné pomoci a péči o své zdraví.

Dlouhodobé užívání alkoholu ve vysokých dávkách souvisí s různými chronickými onemocněními – kardiovaskulární nemoci, cirhóza jater, rakovina, deprese a další. Nárazové užití velkého množství alkoholu je častěji spojeno s agresí, úrazy a zvýšenou úmrtností (Kahila, Gissler, Sarkola, Autti-Rämö, & Halmesmäki, 2010).

Jako komorbidity intravenózního užívání návykových látek se u uživatelek drog se často vyskytují malnutrice, poruchy imunity, systémové infekce, virová hepatitida B či C a další sexuálně přenosné choroby (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). A to ne jen u intravenózního užívání. Jsou-li sdíleny nástroje, je prokázán také přenos HBV/HCV při šňupání či kouření psychoaktivní látky (Ditmore, 2013). Včasné zjištění infekčních onemocnění u těhotných uživatelek drog je důležité především kvůli snížení rizika vertikálního přenosu (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessig, 2009).

Virová hepatitida B

K přenosu hepatitidy B intrauterinně dochází vzácně, většinou se tak stane při porodu, ale může se přenést také postnatálně kontaktem s matkou nebo při kojení. Vertikální přenos byl výrazně omezen vakcinací novorozenců HBsAg pozitivních matek, výjimečně se však může přenést u matek HBeAg pozitivních. Tyto děti jsou většinou bez příznaků a vyvíjí se u nich chronická hepatitida, raritně cirhóza již v dětství. Způsob porodu neovlivňuje přenos HBV na dítě, volba záleží na porodníkovi. Dítěti HBsAg pozitivní matky musí být maximálně do 24 hodin, nejčastěji do 12 hodin, intravenózně aplikován imunoglobulin proti hepatitidě B

a intramuskulárně (zevní strana stehna) první dávka vakcíny proti hepatitidě B. V šesti týdnech života dostává dítě intramuskulárně (zevní strana stehna) první dávku hexavakcíny, po měsíci druhou, po dalších 4 týdnech (maximálně do 1 roku) třetí a po půl roce (maximálně do 18 měsíců) čtvrtou. Ve druhém půlroce života dostává kojeneček při negativním tuberkulinovém testu intradermálně BCG vakcinaci². Za včasnou aplikaci imunoglobulinu odpovídá neonatolog pečující o daného novorozence. Vakcína je dodána z hygienické stanice pro danou oblast. Je-li dítě po narození ve špatném stavu, lze jej pasivně imunizovat do 7 dnů života. Při riziku tuberkulózy nebo kontraindikacích aktivní imunizace opakujeme podání imunoglobulinu ještě v 6. a 13. týdnu života dítěte. Při poslední aplikaci je podána také první dávka hexavakcíny a dále se očkuje podle platného očkovacího kalendáře (Podešvová, 2013).

Virová hepatitida C

S délkou intravenózního užívání návykových látek roste pravděpodobnost přenosu hepatitidy C. V terénu viry poškozenou tkáň jater může u těhotných uživatelů vzniknout těhotenská hepatóza (Roztočil a kol., 2008). Hepatidou C je ohrožen i plod klientky. Riziko vertikálního přenosu je 2 až 5%. Ačkoliv není při léčbě interferonem v těhotenství prokázán zvýšený výskyt vývojových vad, nedoporučuje se kvůli závažným vedlejším účinkům. Nutná je pravidelná kontrola jaterních enzymů (Vavřínková, & Binder, 2006). Pokud to situace dovolí, je vhodné se vyhnout situacím, při kterých se může mísit krev matky a plodu – např. využití skalpových elektrod ke sledování plodu v děloze během porodu apod. Uživatelky, které jsou HCV³ negativní je nutno poučit, jak předcházet situacím, kdy se lze tímto virem nakazit. Neexistuje totiž způsob, jak snížit riziko vertikálního přenosu HCV. Doporučuje se dítě testovat ve věku 12 až 18 měsíců (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011). Pozitivita dítěte na anti-HCV totiž může přetrvávat 12, výjimečně až 24 měsíců. Vymizení anti-HCV a negativní HCV RNA⁴ vylučuje hepatitidu C (Podešvová, 2013).

K přenosu hepatitidy C intrauterinně dochází vzácně, většinou se tak stane při porodu, ale může se přenést také postnatálně kontaktem s matkou nebo při kojení. Nakažené děti jsou převážně asymptomatické a rozvíjí se u nich chronická hepatitida, cirhóza se objevuje velmi vzácně. Kojení nemá vliv na přenos hepatitidy C na kojence, protože se nevyklučuje do mléka. V malé míře pouze do kolostra. Způsob porodu též neovlivňuje přenos HCV na dítě. V případě současné infekce matky HIV je kojení zakázáno a porod probíhá císařským řezem, aby nebyl novorozenec tímto virem nakažen. Screening HIV a HBsAg v těhotenství je povinný, to však neplatí pro testování anti-HCV a to ani u rizikově se chovajících matek (Podešvová 2013).

² BCG vakcinace – živá oslabená vakcína proti tuberkulóze připravená z bakterie *Mycobacterium bovis*.

³ HCV – virus hepatitidy C

⁴ HCV RNA – ribonukleová kyselina viru hepatitidy C

2.3 Sexuálně přenosné choroby

Mezi ukazatele, podle nichž hodnotíme kvalitu reprodukčního zdraví, řadíme na předních místech také incidenci a prevalenci infekčních pohlavně přenosných chorob.

Prevalence sexuálně přenosných chorob je vyšší u žen s vysoce rizikovým sexuálním chováním. Proto je nutno v průběhu těhotenství opakovaně provádět testy na přítomnost chlamydií, syfilis, kapavky, HIV či hepatitid (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011).

Povinnému hlášení do registru pohlavních nemocí podléhají podle závazných předpisů – směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR č. 30/1968, částka 51/1968 Sb., ve znění vyhlášky č. 225/1996 Sb.; zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 471/2005 Sb. a vyhlášky č. 306/2012 Sb. pohlavní choroby – dg. A50 až A57 podle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2010-2015). Jmenovitě tedy: „A50 Vrozená syfilis – příjice – lues, A51 Časná syfilis, A52 Pozdní syfilis, A53 Jiná nespecifikovaná syfilis, A54 Gonokoková infekce, A55 Lymphogranuloma venerum (chlamydiový), A56 Jiná chlamydiová onemocnění přenášená pohlavním stykem a A57 Měkký vřed – „chancroid“ (WHO, 2008). Registr pohlavních nemocí zahrnuje každé nově vzniklé onemocnění, reinfekci, ale také podezření z onemocnění, úmrtí na danou chorobu a nález infekce u cizinců (ÚZIS ČR, 2010-2015).

Základem diagnostiky pohlavně přenosných nemocí jsou změny lokalizované na genitálu. Často zjistíme tyto choroby vyšetřením kontaktů (známá expozice infekci – např. všichni sexuální partneři ženy s prokázanou STD⁵) či na základě screeningového testu. Hodnotíme odebranou venerologickou anamnézu (počet partnerů za život, za rok, za měsíc či za den – především u sexuálních pracovníků, rizikové pohlavní styky, specifické sexuální praktiky, pohlavní nemoci v minulosti atd.), klinický obraz, laboratorní testy, pomocná vyšetření (rektoskopie, sonografie, cytologie), posouzení rozsahu a stádia nemoci (Rozsypal, 2015).

Mezi sexuálně přenosné choroby, které se u adiktologických klientek vyskytují poměrně často, můžeme řadit genitální herpes, vulvovaginální kandidózu, syfilis, kapavku, chlamydie, trichomoniázu, měkký vřed, hepatitidu B a C či HIV.

Genitální herpes

Genitální herpes je způsoben virem *Herpes simplex* 2. typu, výjimečně HSV-1 (orogenitální kontakt). Inkubační doba viru je 2 až 7 dní (Weiss a kol., 2010). V těhotenství je genitální herpes velmi vážným onemocněním. Primární infekce HS virem je vzácná, běžně se vyskytuje genitální herpes rekurentní. Ke komplikacím v těhotenství patří prematurita, spontánní potraty, kongenitální či neonatální infekce nebo intrauterinní růstová retardace. Transplacentární přenos na plod je vzácný. Vertikální přenos z matky na novorozence během porodu je nejzávažnější komplikací – mohou být postižena játra, kůže či nervový systém, popřípadě také diseminovaná infekce. Úmrtnost novorozenců s tímto onemocněním může být až 70 %, nejvíce při postižení nervového systému a diseminované formě. Riziko nákazy

⁵ STD – sexually transmitted diseases – sexuálně přenosné choroby

novorozence je nejvyšší při primární infekci matky několik týdnů před porodem – plod má tak vysoké riziko vzniku diseminované infekce a postižení CNS, protože nemá žádné protilátky přenesené od matky. Prevencí přenosu nákazy je císařský řez do 4 hodin po odtoku plodové vody (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Hlavním klinickým příznakem herpes genitalis patří ulcerózní léze na děložním čípku, pochvě nebo vulvě. Může způsobovat též systémové příznaky či retenci moči (Baker et al., 2011). Ulcerace – puchýře naplněné tekutinou jsou většinou velmi bolestivé. Dochází také ke zduření lymfatických uzlin v inguinální oblasti, které je provázeno bolestí, subfebriliemi, nechutenstvím, malátností a únavou. Komplikací může být meningitida, diseminace do různých orgánů (častěji u imunokompromitovaných pacientů a kongenitálně/perinatálně infikovaných novorozenců) či nekrotizující encefalitida (Holub a kol., 2009).

V prvním trimestru je podle doporučení nutno léčit pouze závažné formy genitálního herpesu při primoinfekci. Má-li žena v anamnéze genitální herpes, je nutno provést před porodem pečlivé vyšetření a od 36. týdne gravidity aplikovat aciklovir (3x denně 400 mg), čímž se snižuje riziko pro novorozence. Exponovaný novorozenec je zajištěn intravenózně podávanými antiviroty (Holub a kol., 2009).

HIV

Jak již bylo uvedeno výše, ve vyspělých zemích je pro reprodukční zdraví největší hrozbou šíření viru HIV. V České republice bylo v roce 2014 kumulativně zjištěno 2354 HIV pozitivních osob. Z toho 95 intravenózních uživatelů drog, kteří mají injekční užití drogy jako způsob přenosu viru, což jsou cca 4 % (Füleová, Zónová, & Petrášová, 2015). Ve Španělsku, Portugalsku, Itálii a Švýcarsku je HIV/AIDS rozšířeno především mezi skupinami homosexuálů, bisexuálů a uživatelů návykových látek, v Polsku pak výhradně mezi uživateli drog (Žejglicová a kol., 2008).

Pacientky s tímto onemocněním jsou v České republice odesílány do Nemocnice Na Bulovce, kde je specializované centrum pro HIV pozitivní. Klientka dostává zidovudin ke snížení rizika vertikálního přenosu nemoci na plod. Porodník následně dochází přímo na infekční oddělení, kde je proveden porod (Vavřínková, & Binder, 2006).

Prevencí přenosu HIV u žen užívajících návykové látky může být mimo jiné také stabilizace sociálního a ekonomického prostředí. Součástí ekonomického poradenství je např. finanční plánování či různé programy na snížení dluhů. Důležitá je také psychická podpora sexuálních pracovníků, trénink asertivity (např. při odmítání nechráněného pohlavního styku, což bývá horší u stálých klientů, kteří pro tyto ženy představují jakousi finanční jistotu) a snaha o předcházení degradaci a společenské izolaci sexuálních pracovníků, ke které může docházet stigmatizací spojenou s užíváním drog (Strathdee, West, Reed, Moazan, Azim, & Dolan, 2015).

Chlamydiové infekce

Chlamydiovým infekcím je, z důvodu jejich velkého rozšíření v nemocnicích i ordinacích praktických lékařů v poslední době, věnována neustále větší pozornost. Jsou objevovány nové

poznatky týkající se různých druhů chlamydií, zlepšují se množností diagnostiky a klade se větší důraz při výběru antibiotik. Vzhledem k opožděnému přenosu nově zjištěných informací o chlamydiózách do lékařské praxe, může docházet k aplikaci nesprávných postupů při diagnostice a léčbě těchto infekcí a tím i k nadhodnocení či podhodnocení klinického významu nemoci. Je tedy nutné lékaře včas informovat o novinkách týkajících se diagnostiky a léčby chlamydióz (Horová, 2011). Z lidských patogenů je nejdůležitější *Chlamydia trachomatis* a *Chlamydia pneumoniae*. Jedná se o intracelulární parazity, podobné gram negativním bakteriím, které obsahují RNA i DNA (Janečková, 2006). To je také důvod, proč na ně působí antibiotika zasahující proteosyntézu a deoxyribonukleovou kyselinu – chinoliny, tetracykliny či azitromycin, ale také azalidy a makrolidy (Galský, 2011). Často se využívá také kombinací makrolidů s fluorchinolony, rifampicinem či nitroimidazoly (Horová, 2011).

Trvání, průběh a závažnost onemocnění závisí na vnímavosti člověka k danému onemocnění a na schopnosti virulence konkrétního mikroorganismu (Horová, 2011). Chlamydie se vyznačují četnými cestami přenosu a tropismem k různým tkáním. Způsobují onemocnění různých systémů a orgánů – primárně spojivky, dýchací systém a orgány uropoetického traktu, ale mohou napadat i monocyty, makrofágy a lymfocyty, buňky hladného svalstva a další. Diagnostika je založena na detekci nukleových kyselin (Galský, 2011) pomocí PCR. Můžeme ji využít při detekci ze všech biologických materiálů kromě krve (Horová, 2011). Lze využít také sérologické testy. Jejich výpovědní hodnota je však limitovaná, prospěšné bývají pouze při akutní primoinfekci, kdy narůstá titer protilátek (Galský, 2011).

Záněty způsobené chlamydiemi mívají tendenci ke chronicitě. Různá onemocnění jsou vyvolávána různými sérotypy těchto parazitů – např. **trachom** způsobuje *Chlamydia trachomatis*, sérotypy A, B, Ba a C, **lymfogranuloma venerum** zase L1, L2, L2a a L3 (Horová, 2011). Trachom (rezervoárem jsou hlavně děti, může být příčinou slepoty) ani lymfogranuloma venerum (přenos pohlavním stykem, prvním příznakem je papula na genitáliích, která postupně přechází v pánevní zánět až kolikvaci tříselných či pánevních uzlin) se v našich podmínkách primárně nevyskytují. Import z tropických a subtropických zemí však není vyloučen. Sérotypy D-K způsobují záněty urogenitálního traktu obou pohlaví, ale mohou postihnout i rektum, pharynx či spojivky. Způsobují uretritidy s hnisavým výtokem, bolesti a svědění močové trubice, cervicitidy (záněty děložního čípku), záněty vejcovodů až peritonitidy či proktitidu. U těhotných žen vedou často k předčasnému porodu a poporodním pánevním zánětům, mimo jiné způsobují u novorozenců pneumonie či konjunktivitidy. Záněty způsobené těmito mikroorganismy mohou způsobit trvalou sterilitu, spontánní potraty či mimoděložní těhotenství. Inkubační doba onemocnění je 1 až 3 týdny (Janečková, 2006). Výše uvedená onemocnění podléhají hlášení (Horová, 2011).

Chlamydia pneumoniae způsobuje komunitní pneumonie, chronické záněty průdušek, zhoršuje astma bronchiale a cystickou fibrózu. Podílí se také na perikarditidách, myokarditidách, endokarditidách, zánětech cév atd. (Horová, 2011). Mimo jiné může způsobovat také rýmu, záněty vedlejších dutin nosních, záněty středního ucha, artritidy, meningitidy apod. Inkubační doba je 1 až 3 týdny (Janečková, 2006).

Kapavka

Tento hnisavý zánět je vyvolaný bakterií *Neisseria gonorrhoeae*, probíhající akutně nebo chronicky, primárně postihuje sliznici urogenitálního traktu (děložního čípku či močové trubice), ale může postihnout také spojivky (především u novorozenců nemocných matek), rektum či sliznice ORL oblasti – častěji u žen a homosexuálních mužů (Weiss a kol., 2010). Chronická kapavka se v současnosti vyskytuje velmi vzácně a to především u mužů, kdy setrvávají bakterie v prostatě či Morgagniho lakunách. Hematogenně (Zímová, & Zíma, 2013) diseminovaná forma postihující rohovku, kůži, pohybové ústrojí či endokard se vyskytuje vzácně. Často bývá kombinována s chlamydiózou. Osoby postižené tímto zánětem mají sliznice více vnímavé k infekci HIV. Původcem uretritidy může být vzácně také příbuzná bakterie *Neisseria meningitidis* způsobující primárně záněty mozkových plen (Weiss a kol., 2010).

Gonokoky penetrují přes sliznice. Proces nákazy: *adherence* bakterií pomocí ligandů, které jim pomáhají „uniknout“ před imunitou lidského těla, *invaze a tkáňová invaze* probíhá aktivací polymorfonukleárů a neutrofilů (Zímová, Zímová, & Zíma, 2012). Přenáší se výhradně pohlavním stykem, lépe z muže na ženu (cca ve 40-60%), než ze ženy na muže (pouze v cca 20 %). U žen je také častější asymptomatický průběh nemoci (Weiss a kol., 2010). Ten se vyskytuje přibližně u 70-90% žen a představuje významný rezervoár onemocnění (Bautista, Wurapa, Saterén, Morris, Hollingsworth, & Sanches, 2016).

U žen se infekce projevuje uretritidou či cervicitidou, která může být u dospělých žen vzácně doprovázena také vulvitidou a dermatitidou (pouze oblast zevního genitálu a stehna). Děložní čípek i sliznice pochvy může kontaktně krváčet, je edematózní a zarudlá. Objevuje se hlenohnisavý výtok, časté nucení na močení a pálení při močení. V případě přechodu infekce na Bartholiniho či Skeneho žlázy může vzniknout absces bolestivý při sezení i chůzi. Proběhne-li přenos infekce během menstruace či záhy po jejím skončení, může dojít ke vzniku endomyometritidy (zánět sliznice a svaloviny dělohy), která se pak šíří na vejcovody, vaječníky a peritoneum a vzniká hluboký pánevní zánět či absces v Douglasově prostoru. Díky nim může dojít k postižení vejcovodů, kde vznikají adheze, což následně způsobuje sterilitu a nebezpečí vzniku mimoděložního těhotenství (Weiss a kol., 2010).

S objevením penicilinu se výrazně snížila prevalence i incidence kapavky (Bautista, Wurapa, Saterén, Morris, Hollingsworth, & Sanches, 2016). Způsobující bakterie však začala být postupně rezistentní na různá antibiotika – peniciliny, sulfonamidy, tetracykliny i fluorchinolony, což je důvodem ke snaze objevovat nové imunogenní proteiny, které se podílí na patogenitě gonokoků. Objasněním této problematiky by bylo možné vyvinout také vakcínu na obranu proti této infekci. V mnoha částech světa je *Neisseria gonorrhoeae* v současné době citlivá pouze na cefalosporiny (Connor, Zantow, Hust, Bier, von Nickisch-Rosenegk, 2016). Léčba je povinná pro všechny nakažené osoby. V případě nekomplikované formy lze léčit kapavku jednorázovou aplikací antibiotik s vysokou sérovou koncentrací a průnikem do tkání (Weiss a kol., 2010).

Diagnostika je nejčastěji prováděna pomocí mikroskopie (barvení methylenovou modří, Gramovo či Novyho barvení), lze využít také detekci DNA pomocí PCR. K možnostem nepřímé diagnostiky patří ELISA test či průkaz antigenu (Zimová, & Zíma, 2013).

Měkký vřed (ulcus molle/chancroid)

Toto onemocnění se vyskytuje především v tropech a subtropích, kde je spojováno s nízkou úrovní hygieny a chudobou. Zvýšená incidence je popisována u kokainistů v USA (Weiss a kol., 2010) i Velké Británii (O'Farrell, 2000). Charakterizuje je tvorba bolestivých inguinálních lymfadenopatií (u žen vzácná) s abscesy a píštělemi a genitálních vředů. Infekci způsobuje bakterie *Haemophilus ducreyi*, který se přenáší sexuálně, více z mužů na ženy. Je velmi častým onemocněním u sexuálních pracovníků (Weiss a kol., 2010), u kterých může probíhat i asymptomaticky (O'Farrell, 2000). Infekce může způsobovat také vředové onemocnění kůže a to především u dětí v rozvojových zemích (Lewis, 2003).

Inkubační doba onemocnění bývá 4 až 10 dní. Dochází k infekci dlaždicového vrstevnatého epitelu cestou mikroporanění vznikajících při pohlavním styku – v tomto místě vzniká drobná erytematózní papula měnící se do 48 hodin v pustulu, ze které se exulcerací vyvíjí bolestivý vřed s nepravidelným okrajem o velikosti 3 až 20 mm (Weiss a kol., 2010). V diferenciální diagnostice je nutno uvažovat o onemocnění virem herpes simplex či syfilis (Alfa, 2005). Infekce *H. ducreyi* zvyšuje pravděpodobnost nákazy HIV, bývá často spojena se syfilis (O'Farrell, 2000).

Diagnostika probíhá ze stěrů z okrajů vředu či aspirátu z uzlin. *Mikroskopie* je užitečnou metodou, ale má nízkou senzitivitu i specificitu, protože existuje mnoho mikroorganismů, se kterými si lze tohoto hemofila splést. Další možností je *detekce antigenu imunofluorescenční metodou*, kde se používá specifická monoklonální protilátka pro *H. ducreyi*. Senzitivita této metody bývá až stoprocentní, specificita do 81 %. *Naočkování* bakterie na speciální agar a jeho izolace vyžaduje zkušenost. Můžeme využít také *detekci nukleové kyseliny* pomocí amplifikace či genetických sond, ale i *detekci tvorby protilátek* sérologickými testy (Alfa, 2005).

Doporučuje se léčba azithromycinem, ceftriaxonem, ciprofloxacinem či erythromycinem (Weiss a kol., 2010). Některé kmeny jsou citlivé také na vankomycin (Alfa, 2005).

Syfilis

Syfilis je chronické infekční onemocnění ovlivňované sociálními a politickými vlivy, které se vyskytuje se po celém světě. Postihuje ročně kolem 12 milionů lidí, z nichž cca 90 % žije v rozvojových zemích. V Africe je hlavní příčinou cca 20 % perinatálních úmrtí, postihuje zde až 15 % těhotných žen. Objevením penicilinu se její výskyt výrazně snížil. V současnosti se syfilis vyskytuje především mezi homosexuálními muži. Velmi často bývá v koincidenci s HIV pozitivitou, kdy je obvykle spojena s očními a neurologickými příznaky. Progrese obou onemocnění je v tomto případě rychlejší a agresivnější (Kuklová, 2012).

Onemocnění je způsobeno spirochétou *Treponema pallidum* šířící se v tělních tekutinách do několika hodin po naze (Castro, Águas, Batista, Araújo, Mansingo, & da Luz Martins

Pereira, 2016). Hlavním způsobem přenosu nemoci je pohlavní styk (Kuklová, 2012). Vstup infekce probíhá genitálně, orálně či perianálně, tj. v jakékoliv oblasti kůže či sliznic, kde většinou vzniká, v průběhu cca 3 týdnů po vniknutí infekce, nebolestivý ulcus durum (Zgažarová, Dastychová, & Vašků, 2009). Jedná se o multisystémové onemocnění postihující centrální nervový systém, oči, kůži, muskuloskeletální a kardiovaskulární systém. Neurosyfilis však může zpočátku probíhat asymptomaticky (Kuklová, 2012). Může se projevovat také jako tzv. tabes dorsalis vznikající v důsledku degenerativních změn zadních provazů míšních, kde jsou postiženy míšní kořeny, což způsobuje náhlé bolesti, ataxii, ztrátu reakce zornic či trofické změny dolních končetin (Zgažarová, Dastychová, & Vašků, 2009).

Získaná syfilis má dvě stádia – časné a pozdní. Přibližně 6 týdnů po nákaze vzniká unilaterálně v místě lymfatických uzlin příslušného regionu nebolestivý útvar pohyblivý vůči spodině i kůži, tzv. indolentní bubo. Konzistence může být tuhá i elastická. Mohou se vyskytovat i příznaky celkové. V průběhu dalších 3 týdnů dochází k lymfogennímu a hematogennímu rozsevu infekce a vznikají lokalizované či generalizované kožní exantémy, většinou charakteru makul, papul či pustul, často nesvědící. Vzhled může být i psoriasiformní. Může být lokalizovaný v dlaních a na ploskách. Následné změny pigmentace nejsou výjimkou. Ve druhém stádiu dochází ke vzniku kondylomat, která jsou vysoce infekční. Sekundární syfilis se projevuje také četnými enantémy (dutina ústní, hltan atd.), bolestmi kostí, kloubů, hlavy, únavou, depresí, subfebriliemi, malátností, alopecií, hepatopatií, gastritidou, ikterem, glomerulonefritidou atd. V pozdním období se vyskytují gummata. Mohou postihovat jakýkoliv orgán – kosti, svaly, kůži, hrdlo apod. Jedná se o syfilitické granulomy vyskytující se přibližně u 16 % neléčených případů nemoci. Postižením nervové soustavy mohou vznikat také agresivita, demence, poruchy řeči a paměti, bludy, hypesthesie, apod. (Zgažarová, Dastychová, & Vašků, 2009).

U prokázané syfilis je nutno, stejně jako u ostatních pohlavně přenosných nemocí, systematicky vyhledat zdroj infekce a veškeré kontakty. Podstatnou částí prevence je také screening těhotných žen (Kuklová, 2012).

V průběhu těhotenství je povinné absolvovat testy na některé pohlavní nemoci, včetně syfilis. V případě neodhalené séropozitivní mateřské syfilis může mít vážný nepříznivý vliv na průběh gravidity – prematurita ⁶, nízká porodní hmotnost, narození mrtvého plodu, novorozenecká mortalita, kojenecká syfilis apod. Další komplikací bývá současná infekce matky HIV a přenos na novorozence. Je-li matka pozitivní, je nutno okamžitě započít léčbu – intramuskulárně podávaný benzathin penicilin (Bristow, Larson, Anderson, Klausner, 2016).

Kongenitální syfilis vzniká u potomků séropozitivní matky na *Treponema pallidum*. Popisuje se tzv. Hutchinsonova trias – hluchota, keratitis a především změny zubů u těchto dětí (Hutchinsonovy řezáky, Moonovy stoličky a Mullberyho stoličky). Jsou totiž nejvíce viditelným klinickým projevem – korunka zubů bývá soudkovitého tvaru, hypoplazie zubní skloviny, zvýšená transparence postižených zubů, úzké mezizubní prostory atd. (Nissanka-Jayasuriya, Odel, & Phillips, 2016). Může docházet také k neurologickým defektům

⁶ Prematurita – předčasné narození, nedonošenost.

či poškození různých orgánů. Díky povinnému screeningu v těhotenství, který je prováděn poměrně kvalitně, a včasnému zachytu nemoci je v současné době kongenitální syfilis velmi vzácná. Rozdíl se vyskytuje také s ohledem na rasu/etnikum, ale také ekonomickou situaci dané země (Su, Brooks, Davis., Torrone, Weinstock, & Kamb., 2016).

Diagnostika symptomatické neurosyfilis je založena na pozitivních sérologických testech, klinických projevech a abnormalitách CNS. Laboratorní diagnostika bývá často komplikovaná. A to především v případě, kdy nemoc probíhá asymptomaticky. K detekci DNA *Treponema pallidum* z cerebrospinálního moku se využívá technika PCR (Castro, Águas, Batista, Araújo, Mansingo, & da Luz Martins Pereira, 2016).

Účinná je léčba peniciliny podávanými parenterálně, u alergických pacientů lze užít makrolidy. Spirochéty mají velký potenciál vzniku rezistence na antibiotika, což by mohlo způsobit ztrátu kontroly nad nemocí po celém světě (Kuklová, 2012).

Trichomoniáza

Trichomoniáza je jednou z nejčastějších (vyléčitelných) pohlavně přenosných nemocí na světě. Bakterie *Trichomonas vaginalis* způsobuje zánět vagíny a děložního čípku, ale může se rozšířit do horního genitálního traktu a způsobovat zánětlivé komplikace chirurgických výkonů. Přenáší se močí, spermatem a vaginálním sekretem, častěji z muže na ženu. Krátce mohou přetrvávat i ve vlhkém prostředí – bazény, voda z kohoutku. U mužů může být asymptomatická s rezervoárem v prostatě a může spontánně vymizet (Weiss a kol., 2010).

Projevy tohoto onemocnění zahrnují výtoky (žlutozelenavé pěnlivé s typickým zápachem), dyspareunie, dysurie, svědění, bolesti v podbřišku atd. (Weiss a kol., 2010). *Trichomonas vaginalis* může také způsobovat endometritidu (Cherpes, Wiesenfeld, Melan, Kant, Cosentino, Meyn, & Hillier, 2006), hluboký pánevní zánět, reprodukční dysfunkce u žen i mužů, četné chronické záněty urogenitálního systému apod. Mimo jiné také předurčuje k opakovaným herpetickým infekcím, zvyšuje riziko nákazy HIV a objevují se také kondylomata (Gasanova, 2002). Problémem je tato nákaza v průběhu gravidity, kdy může způsobovat nízkou porodní hmotnost, předčasný odtok plodové vody, předčasný porod (Weiss a kol., 2010) a zvýšenou perinatální morbiditu, včetně nákazy novorozence trichomonádou (Coleman, Gaydos, & Witter, 2013). Podle novějších studií může způsobovat také ženskou neplodnost či extrauterinní těhotenství (Ashshi, Batwa, Kutbi, Malibary, Batwa, & Refaat, 2015).

Diagnostika probíhá pomocí mikroskopie nativního preparátu, kde je velké množství polymorfonukleárů a žádné klíčové buňky, mikroorganismy však lze kultivovat na speciálních půdách a po přidání hydroxidu draselného se objevuje rybí zápach. Léčba by měla probíhat u pacientky i všech jejích sexuálních partnerů. Onemocnění léčíme antibiotiky – ornidazol, metronidazol, alternativně můžeme podat též klotrimazol (Weiss a kol., 2010).

Vulvovaginální kandidóza

Vulvovaginální kandidóza patří mezi nejčastější gynekologická infekční onemocnění. V 80-92% ji způsobuje *Candida albicans*, dále např. *Candida krusei*, *Candida glabrata* či *Candida tropicalis*. Mezi predisponující faktory patří imunosuprese, těhotenství, hormonální terapie diabetes mellitus, ženy HIV pozitivní a další (Bewley et al., 2011). V těhotenství je vaginální sliznice pro kvasinky vnímavější, protože se díky vysoké hladině estrogenu zvyšuje hladina glykogenu v pochvě. Úspěšnost léčby vulvovaginální infekce v těhotenství je tedy nižší (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). K hlavním příznakům tohoto onemocnění patří bolestivost, svědění, tvarohovitý výtok, dysurie⁷, dyspareunie⁸, zarudnutí, otok a exkoriace vulvy. Onemocnění může probíhat komplikovaně, bez komplikací, ale také jako rekurentní onemocnění. Diagnózu lze potvrdit perineálním či vaginálním výtěrem. Poševní pH je v 90 % v normě (Bewley et al., 2011).

K léčbě se upřednostňují antimykotika v různých lékových formách, v těhotenství především lokální forma. Nejčastěji azolová antimykotika – klotrimazol, ekonazol, mikonazol a další (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

⁷ Dysurie – pálení, řezání a bolest při močení, obtíže při močení (Vokurka, & Hugo, 2008).

⁸ Dyspareunie – bolesti a nepříjemné pocity ženy při souloži (Vokurka, & Hugo, 2008).

3. Gynekologická péče o uživatelky drog

Podle ÚZIS ČR (2015a) porodilo v České republice v roce 2013 celkem 103 902 matek. Z toho 7 220 kuřáček, 33 závislých pouze na alkoholu a 66 jen na drogách. V kombinaci se pak vyskytovalo kouření s alkoholem celkem 38 x, kuřačky závislé na návykových látkách 209 x, uživatelky návykových látek a alkoholu 6 x a kombinace všech tří uvedených celkem 27 x. Jak poznamenávají Nechanská, Mravčík, Sopko a Velebil (2012), údaje o expozici rodiček návykovým látkám jsou v Národním registru reprodukčního zdraví značně podhodnocené.

Prenatální péče

Ve většině případů není těhotenství žen užívajících návykové látky sledované. Uživatelky drog často přichází do kontaktu s lékařem až těsně před porodem v porodnici, a proto nebývá prenatální péče dostatečná (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). To vše velmi závisí na vzorci užívání psychoaktivních látek. Experimentátorky a občasné uživatelky si uvědomují závažnost důsledků, které má abúzus na embryo a plod, a proto užívání drog omezují nebo přestanou úplně (ve větší míře se jedná především o alkohol a cigarety), k lékaři docházejí a řídí se jeho doporučeními. Na druhou stranu dlouhodobé a drogově závislé uživatelky mají chaotický styl života, peníze utrací za drogy, provozují prostituci a prenatální péči odkládají. Těhotenství většinou bývá nechtěné a obtěžující, přicházejí do porodnice těsně před porodem bez jakékoliv prenatální intervence. Míru závislosti může naznačit doba první návštěvy klientky ve zdravotním zařízení. Často se vyskytují pokusy o vyvolání potratu aplikací větší dávky stimulancií či snaha snížit hmotnost plodu (např. zvýšením frekvence kouření), aby si usnadnily porod (Vavřínková, & Binder, 2006).

Klientky se zájmem o zdravotní péči bychom neměli nutit k abstinenci, ale nabídnout konzultaci s odborníkem, který jí doporučí intervenci pro ni nejpříjemnější – např. postupné snižování dávek nebo substituční terapii (Vavřínková, & Binder, 2006). Vhodné je užít metody Harm Reduction. Principem je snížit škody související s užíváním psychoaktivních látek bez nutnosti přestat drogy užívat. Základem je podpora abstinence či snížení užívání návykových látek, bezpečné užívání, léčba abstinčních příznaků a poradenství či farmakoterapie. Ženy s posttraumatickou poruchou, sociálně slabší nebo žijící s aktivně užívajícím partnerem přicházejí většinou k prvnímu ošetření později a častěji se lékařům ztrácejí z dohledu (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011).

To, že uživatelky nenavštěvují gynekologa, nemusí být pouze proto, že nechtějí. Závisí také na dostupnosti odborníka – časové, místní, ekonomické... Na celém světě, v rozvojových i vyspělých zemích, je gynekologů a porodníků nedostatek – a to ne jen na vesnicích a malých městech, ale i v městech větších. Jedním z důvodů je také to, že se absolventi medicínských oborů ve většině případů nechtějí gynekologii a porodnictví věnovat. Ke zlepšení gynekologicko-porodnické péče v menších obcích by mohly být nápomocny smluvní mobilní gynekologické kliniky, popř. bezplatná doprava ke specialistovi do spádového města či náhrada dopravného. Další možností by mohlo být posílení gynekologických znalostí

a dovedností u rodinných lékařů prostřednictvím dalšího vzdělávání či vzdělávacích programů (Lai, Chou, Su, Chen, Chou, Chou, Hwang, & Yu, 2015).

V systému péče o uživatelky návykových látek se však nejedná pouze o prenatální péči, důležité je také zajištění bydlení, správné výživy a vyřešení otázky péče o dítě, která bude následovat záhy po porodu (Vavřínková, & Binder, 2006). Mezi nejfrekventovanější problémy klientek totiž patří bezdomovectví, podvýživa, nezaměstnanost a různorodé právní problémy. Další poměrně častou komplikací bývají vztahy uživatelek s jinými uživateli, což může komplikovat somatické i psychiatrické komorbidity, ale také otázky léčby těhotné klientky. Velmi podstatný vliv na chování klientek má také životní prostředí, ve kterém žijí (Metz, Köchl, & Fischer, 2012).

Při první návštěvě těhotné uživatelky u gynekologa je nejdůležitější odebrat anamnézu (osobní, rodinná, gynekologická, pracovně-sociální), zjistit abúzus návykových látek (typ, dávka, délka užívání, způsob aplikace) a prodělaná léčba závislosti, provést laboratorní vyšetření (standardní vyšetření těhotných, jaterní enzymy, pohlavně přenosné nemoci a další infekční choroby) a sonografii – určení stáří plodu, vývojové vady atd. (Vavřínková, & Binder, 2006). Doporučované jsou také toxikologické testy, strukturované klinické rozhovory a aplikace standardizovaných dotazníků. Vyhodnocení socioekonomického statusu a právní situace klientky by nemělo být výjimkou (Metz, Köchl, & Fischer, 2012). Dále bychom měli pacientku informovat o stavu plodu, poučit o vlivu užívání psychoaktivních látek na plod, pohlavních chorobách, správné výživě a psychosociální péči. Sonografickým vyšetřením je nutno sledovat také biofyzikální profil plodu (dýchací pohyby, tonus, pohyby končetinami atd.) a objem plodové vody. V průběhu prenatální péče je vhodné provést také EKG nebo echokardiografické vyšetření k vyloučení infekční endokarditidy (Vavřínková, & Binder, 2006).

Porod

Porod u uživatelek návykových látek nastává zpravidla cca 2-3 týdny před stanoveným termínem, příčiny bývají multifaktoriální – malnutrice, infekce, špatné sociální, ekonomické i hygienické podmínky, nesprávné určení termínu porodu z důvodu špatné prenatální spolupráce klientky a další (Roztočil a kol., 2008).

Při porodu tlumíme bolest podáváním dostatečného množství analgetik (např. podání epidurální analgezie), dávka metadonu u uživatelek v substituční léčbě by měla zůstat stejná. Podávání smíšených agonistů, antagonistů, jako je např. nalbupin, butorfanol či pentazocin, není vhodné, protože by mohly vyvolat akutní syndrom z odnětí drogy. V případě kontraindikace epidurální analgezie či špatného žilního přístupu je nutná konzultace s matkou před porodem o dalších možnostech tlumení bolesti (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011). Před zavedení epidurální analgezie je nutno znát koagulační parametry a počet trombocytů. Když rodička nespolupracuje, lze použít opiátová analgetika, popř. jejich kombinaci s neuroleptiky nebo spasmolytiky (Vavřínková, & Binder, 2006). Matka by měla být upozorněna na nebezpečí předávkování opiátem a je nutno jí doporučit okamžité vyhledání lékaře při případných náznacích předávkování (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

Je také nutno matku i plod monitorovat. U plodu se může vyskytnout hypoxie nebo další porodní komplikace, důležité je též sledovat případnou placentární insuficienci a srdeční arytmiie plodu po aplikaci stimulačních drog. To vše pomocí kardiotokeografu. Stav plodu lze ověřit také pulzní oxymetrií. U matky je nutno co nejdříve zavést žilní vstup (nelze-li zavést kanylu, druhou volbou je centrální žilní katétr). Sledujeme případné příznaky eklampsie či preeklampsie, náznaky abrupce placenty, oxygenaci, teplotu a další. V případě potřeby je nutno indikovat císařský řez. Dáváme přednost svodné anestezii před anestezií celkovou. Při porodu je lepší, z hlediska snižování rizika fetální hypoxie z nízkého průtoku krve dělohou způsobeného nástupem abstinčních příznaků, substituovat pacientku vhodným lékem nahrazujícím její potřebu drogy (Vavřínková, & Binder, 2006).

Po porodu je důležitá podpora matky v pokračování léčby závislosti, podpora kojení (mělo by se rozhodovat individuálně podle užívané drogy), řešení přidružených nemocí (sexuálně přenosné choroby atd.), pomoc s vyřešením zaopatření dítěte a podobně (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

Poporodní péče

Klientkám je vhodné doporučit pravidelné návštěvy gynekologa i po porodu. A to i z důvodu podpory v raných fázích mateřství. V případě, že k tomu nejsou kontraindikace, je vhodné podporovat kojení. Pečující personál by měl s novopečenou matkou probrat také možnosti antikoncepce a další otázky důležité pro její fungování v roli matky. V péči je vhodné udržet především nestabilní klientky, jejichž dítě bylo umístěno do ústavní či pěstounské péče. U těchto je velmi důležité udržení v léčbě, aby nedošlo k brzkému relapsu (Metz, Köchl, & Fischer, 2012).

3.1 Vliv návykových látek na těhotnou

Návykové látky působí u žen obecně silněji než u mužů a to především díky většímu podílu tuku v těle, nižší hmotnosti, nižší aktivitě různých enzymů apod. (Nešpor, 2011). Citlivost těla těhotné ženy na užívané psychoaktivní látky se v průběhu gravidity mění díky fyziologickým změnám v těhotenství (zvýšený průtok krve ledvinami, fetální kompartment, nárůst objemu plazmy, uterinní cirkulace, pokles některých enzymů v organismu těhotné atd.) může být snížen koncentrační peak či změněna distribuce drogy. To může způsobit nově vzniklou nedostatečnost dávky. Jejím zvýšením může následně dojít k akutní intoxikaci těhotné. Ošetření by se v akutní fázi nemělo lišit od ošetření „netěhotné“ intoxikované osoby – vždy je nutné učinit vše potřebné pro záchranu matky (zajištění dýchání a cirkulace, odstranění křečí atd., případně forsírovaná diuréza, zamezení absorpce střevem, hemodialýza/hemoperfúze apod.). Protože prochází psychoaktivní látka placentární bariérou, je ve druhé fázi nutné pomocí ultrazvuku (od 24. gestačního týdne také pomocí kardiotokeografu) sledovat stav plodu – a to ještě po dobu několika dní, protože je detoxikační schopnost plodu přibližně 1 pětina detoxikační schopnosti matky (díky nezralosti jaterních buněk), mimo jiné se droga kumuluje v plodové vodě, což způsobuje delší účinek látky na plod. Novorozenec narozený aktuálně intoxikované matce je ohrožen na životě a musí být umístěn na jednotku intenzivní péče. V horších případech uvažujeme u ohrožení dítěte také

o ukončení těhotenství (většinou císařským řezem). V první řadě nám však jde vždy především o záchranu matky. Ukončení těhotenství a vyprázdnění dělohy, která utlačuje aortu a dolní dutou žílu, může být v některých případech výhodné také pro zlepšení průtoku velkými cévami a tím též pro kardiopulmonální resuscitaci matky. Další výhodou ukončení těhotenství pro matku může být fakt, že při případném odumření plodu může vzniknout diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) – porucha koagulace ohrožující matku na životě. V tomto případě se též přistupuje k ukončení těhotenství. A to z vitální indikace (Vavřínková, & Binder, 2006).

Nikotin

Kuřačky mají v krvi větší množství karboxyhemoglobinu a katecholaminů. Nikotin může způsobovat předčasné odlučování placenty vazokonstrikcí terminálních cév nebo nekrózu deciduy na okraji lůžka, předčasný odtok plodové vody, placenta praevia (Vavřínková, & Binder, 2006), vyšší výskyt spontánních potratů či předčasné porody (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011). Kouření patří mezi vysoce rizikové faktory pro těhotné i jejich embryo/plod, na rozdíl od ostatních je však nejlépe ovlivnitelný. Většinou se v graviditě, z důvodu ochrany embrya a plodu, zvyšuje motivace k abstinenci od nikotinu (Šídová, & Šťastná, 2014).

Někdy je složité kvantifikovat přesný počet kouřících těhotných, protože ne všechny ženy jsou ochotny svůj abúzus přiznat, popř. často uvádějí menší denní dávku, což také zkresluje informace o nikotinismu v populaci gravidních žen (Szatkowski, Fahy, Coleman, Taylor, Twigg, Moon, & Leonardi-Bee, 2015).

Alkohol

Byla prokázána souvislost konzumace *alkoholu* s menstruačním cyklem. Předmenstruační období je z hlediska abúzu nejrizikovější (Nešpor, 2011). Užití většího množství alkoholu nebo jeho častá konzumace (průměrně stačí 1 den v týdnu) v graviditě je jedním z potenciálních rizikových faktorů pro častější výskyt spontánních potratů a jejich opakování. Záleží také na typu alkoholického nápoje (Chiodo, Bailey, Sokol, Janisse, Delaney-Black, & Hannigan, 2012). Často se objevuje také porod koncem pánevním (De Ville, & Kopelman, 1998). U alkoholiček můžeme vidět častěji se vyskytující pankreatitidy, gastritidy či neuropatie. Zvyšuje se také hladina jaterních enzymů v krvi. V případě nutnosti provést akutní císařský řez může alkohol zvyšovat citlivost k anestetikům a způsobovat útlum myokardu (Vavřínková, & Binder, 2006).

Stimulancia

Návštěvy prenatální poradny bývají u uživatelů stimulačních látek velmi nepravidelné. Závislost bagatelizují, bývají verbálně agresivní a excitovaní. Závažnější bývá rizikové chování při shánění finančních prostředků na dávku opiátu či jeho nesterilní aplikace související s četnými infekčními chorobami. U těchto žen je vhodné také sledování jaterních testů (Vavřínková, & Binder, 2007).

Uživatelky *amfetaminů* trpí častěji tachykardií, hypertenzí, bolestmi hlavy a břicha, poruchami vidění, hyperpyrexii (zvyšuje spotřebu kyslíku u plodu i matky) a malnutricí, v průběhu akutní intoxikace můžeme pozorovat poruchy funkce krevních destiček. Často se vyskytuje také proteinurie. Vazokonstrikce placentárních cév způsobená užitím amfetaminu může být příčinou abrupce placenty ⁹ (Vavřínková, & Binder, 2006). Často se u těhotných uživatelék setkáváme také se zvýšeným krevním tlakem (Wong, Ordean, Kahan, et al. 2011).

Kokain může způsobovat častější předčasné porody a spontánní potraty, intrauterinní úmrtí plodu či předčasné odlučování lůžka (Zach, 2009) způsobenou vazokonstrikcí stejně jako u jiných stimulantů, ale také preeklampsii, hyperpyrexii, hypertenzi, poruchy vidění, bolesti břicha a hlavy, proteinurii, tachykardii a zvýšenou spotřebu kyslíku u plodu i rodičky. Užívání kokainu také způsobuje vyšší sexuální apetenci. V těhotenství se snižuje metabolická clearance kokainu. U uživatelék *kokainu* se výrazně častěji než u žen bez abúzu objevují pneumonie, infekce močových cest a nedostatek železa a kyseliny listové v krvi (Vavřínková, & Binder, 2006).

Kanabinoidy

Uživatelky kanabinoidů mají problémy s bronchiální dráždivostí, často se u nich vyskytuje tachykardie, pneumonie, nedostatek kyseliny listové a železa v krvi či infekce močových cest (Vavřínková, & Binder, 2006). Na rozdíl od většiny ostatních návykových látek, nebývá problém přerušit užívání kanabinoidů při zjištění těhotenství, protože je často spíše rekreační. Též užití v graviditě bývá většinou pouze nárazové. Spolupráce těchto klientek v prenatální poradně je, až na výjimky, dobrá (Vavřínková, & Binder, 2007).

Opiáty

Účinky opiátů na těhotnou jsou z hlediska patofyziologie mírné – hypotalamus uvolňuje menší dávku LHRH (luteotropin uvolňující hormon) a v krvi se snižuje množství testosteronu, luteinizačního hormonu (LH) a adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Závažnější bývá, stejně jako u stimulantů, rizikové chování při shánění finančních prostředků na dávku opiátu a jeho nesterilní aplikace související s četnými infekčními chorobami (Vavřínková, & Binder, 2007).

Aplikace heroínu a dalších tlumivých látek způsobuje vazokonstrikci, což zvyšuje incidenci předčasného odlučování placenty, a tlumí kardiovaskulární systém. Rodičky jsou také ohroženy útlumem dýchacího centra a aspirací. Je tedy třeba snížit množství a aciditu žaludečního obsahu. V případě nutnosti provést císařský řez mohou opiáty snižovat citlivost k anestetikům a je tedy nutno zvýšit dávkování (Vavřínková, & Binder, 2006).

Barbituráty

Užívání barbiturátů je v populaci gravidních žen vzácné. Intoxikace způsobuje poruchy příjmu potravy a bojovnou náladu (Vavřínková, & Binder, 2007). V případě nutnosti provést

⁹ Abrupce placenty – předčasné odlučování lůžka

akutní císařský řez může užívání barbiturátů zvyšovat citlivost k anestetikům. Častěji se vyskytují anémie (Vavřínková, & Binder, 2006).

Benzodiazepiny

V dnešní době není závislost žen na benzodiazepinech výjimkou. Jejich konzumace narůstá také u nepsychiatrických pacientek (Mohr, Hnídek, Hanka, Čermák, Bravermanová, & Melicher, 2012). Ženám bývají běžně předepisovány (i obvodním lékařem) díky jejich emocionální nestabilitě, neklidu, poruchám spánku, zvýšené citlivosti k negativním životním vlivům, na rozdíl od odolnějších mužů, atd. Proto není velkým problémem získat dávku (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012). U gravidních žen tlumí noční produkci žaludečních šťáv (Vavřínková, & Binder, 2007).

Halucinogeny

Časté spontánní potraty i předčasné porody se mohou vyskytovat také u abúzu halucinogenů (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Předčasné odlučování lůžka není výjimkou. Konkrétní vliv těchto psychoaktivních látek na ženu i plod bývá často špatně identifikovatelný a to především z důvodu závislosti na více drogách. Užívání halucinogenů je však v populaci gravidních klientek vzácná (Vavřínková, & Binder, 2007).

Toluen a jiná rozpouštědla

Při užívání toluenu či jiných rozpouštědel v těhotenství může dojít k poškození jater matky, často se vyskytují i předčasné porody či perinatální úmrtí (Zach, 2009).

3.2 Substituční program v těhotenství

Užívání opiátů, zejména heroinu, způsobuje rozsáhlé sociální i zdravotní problémy. Uživatelům heroinu a dalších opiátů hrozí mnohonásobně vyšší riziko úmrtí, než stejně starým osobám, které drogy neužívají. Největším problémem je riziko předávkování. Při intravenózním užívání opiátů je častý také přenos četných infekčních onemocnění – HIV, hepatitidy a další (Verster, & Bunning, 2007).

Nelegální opiáty užívané chronicky vedou k trvalým změnám receptorů, což vyžaduje neustálé podávání opiátu a zvyšování dávek (díky nárůstu tolerance). Diagnózu a zařazení do substitučního programu určuje atestovaný lékař – psychiatr, popř. lékař s nástavbovou AT atestací (Vavřínková, & Binder, 2006). Substituční léčba by měla být doplněna o psychosociální péči, je klíčovou součástí strategie v prevenci HIV (Večeřová-Procházková, Staňková, & Čápková, 2008). Bývá většinou podávána, mimo jiné, u těhotných, u nichž není možnost bezpečně detoxifikovat či orientovat léčbu k abstinenci. V průběhu substituce většinou dochází také ke stabilizaci sociálních a rodinných vztahů, což může být pro další průběh těhotenství velkou výhodou (Vavřínková, & Binder, 2006).

Metadonový program funguje v České republice již téměř 19 let a je prakticky nejvyužívanější k substituci těhotných uživatelů opiátů. Druhou nejčastější substituční látkou je buprenorfin, ale lze použít také klonidin, kodein, butorfanol, pomalu se uvolňující morfiny,

pentazocin a další. Ty se však v ČR k substituci používají vzácně (Vavřínková, & Binder, 2006). V roce 2014 poskytovalo v ČR substituci celkem 1200 lékařů, z toho 340 z nich tvořili praktičtí lékaři, 210 praktičtí lékaři pro děti a dorost, 174 gynekologové-porodníci, 84 chirurgové, 66 internisté, 6 psychiatři a 320 ostatní odbornosti. Od roku 2012 se počet předepisujících lékařů snížil (Mravčík (Ed.), 2015).

Detoxifikace ve 2. nebo 3. trimestru gravidity není spojena s vyšším výskytem poškození plodu, ale vzhledem k velkému množství relapsů není během tohoto období příliš vhodná. Substituce metadonem je součástí standardní péče o těhotné uživatelky opiátů, snižuje riziko relapsu a prodlužuje dobu setrvání v léčbě, resp. prenatální péči, čímž podporuje možnost pravidelněji sledovat těhotenství uživatelky. Matky užívající opiáty v těhotenství by měly být také poučeny o nutnosti monitorování jejich novorozence z důvodu možného výskytu příznaků neonatálního abstinčního syndromu, na něž je nutno okamžitě léčebně reagovat (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

Principem substitučního programu je podávání menšího množství „náhradní“ látky jiným způsobem než intravenózním. Jedná se o agonisty opioidů se stejným nebo podobným působením na mozkové receptory nebo antagonisty, kteří obsazují stejné receptory, což znemožní navázání jiných opiátů. Vzhledem k tomu, že mají antagonisté vyšší afinitu k receptorům nebo vytlačují opiáty již navázané. Agonisté i antagonisté snižují bažení a zmírňují příznaky abstinčního syndromu. Substituční látky by měly mít delší dobu působení, aby snížily četnost podávání opiátů díky oddálení projevu abstinčních symptomů (Verster, & Bunning, 2007).

Cílem substituční terapie je omezení užívání nelegálních návykových látek, zlepšení zdraví, stabilizace pacientky, celkového společenského fungování, snížení dávky užívaného opiátu, rizika přenosu krví přenosných infekčních onemocnění, zkrácení doby užívání návykových látek, pomoc v řešení problémů souvisejících s abúzem drog, snížení trestné činnosti a pravděpodobnosti relapsu (Verster, & Bunning, 2003).

I substituční látky však mají riziko poškození plodu a novorozence. V České republice se k substituci těhotných podává Subutex (buprenorfin) nebo metadon. Těhotné uživatelky drog navštěvujících substituční program tím dokazují jistou motivaci ke změně. Výhodou je, mimo jiné, možnost postnatální péče o novorozence (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009).

Metadon

Metadon je plný agonista opioidů. Snižuje bažení po droze, potlačuje pocity euforie a zmírňuje abstinční příznaky. Dlouhodobá udržovací substituční léčba bývá úspěšnější než detoxifikace nebo léčba krátkodobá. Dlouhodobost léčby je důležitá především z důvodu, že chronické užívání opiátů mění biochemické fungování mozku, které občas nelze vrátit do původního stavu. Z lékařského hlediska je tato léčba bezpečná a nezpůsobuje útlum. Proto ji lze s výhodou využívat u těhotných žen závislých na opiátech (Verster, & Bunning, 2003). Se zvyšující se dávkou se zvyšuje účinek látky. Doporučuje se pečlivé sledování dávkování. A to především ve 3. trimestru, kdy se zvyšuje metabolismus a clearance této látky, což

vyžaduje zvýšení dávky. Důležité je také naplánovat dávkování metadonu v průběhu porodu (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

Distribuce se v České republice omezuje na substituční centra, kde probíhá specializovaná péče o problémové uživatele opiátů (Večeřová-Procházková, Staňková, & Čápková, 2008). Množství podané substituční látky je individuální – a to cca od 10 do 140 mg za den. Podle doporučení některých autorů by měl být metadon klientkám vydáván ve 2 dávkách po 12 hodinách, protože to, na rozdíl od jednorázové dávky, neovlivňuje chování plodu (tachykardie, snížení frekvence pohybů plodu). Při podávání této látky nedochází ke zvyšování tolerance, není změněno vnímání reality (Vavřínková, & Binder, 2006). Substituce metadonem způsobuje sice v porovnání s heroinem menší procento vývojových vad, neonatální abstinenci syndrom však nastupuje později (48 hodin až 4 týdny) a trvá déle (až 4 měsíce) a to díky delšímu eliminačnímu poločasu metadonu. Příznaky NAS mají při substituci závažnější průběh. Závažnost příznaků je přímo úměrná výši dávky metadonu (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Pozdní objevení příznaků bývá především z důvodu kumulace metadonu v plicích, slezině a játrech plodu, odkud se postupně uvolňuje. Po vyčerpání těchto zásob pak dochází k projevům abstinenci syndromu (Vavřínková, & Binder, 2006).

Buprenorfin

Neonatální abstinenci syndrom při substituci buprenorfinem nastupuje za 2 až 7 dní, je mírný a odeznívá rychle. Teratogenita ani embryotoxicita se u užívání této látky neprokázala (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Buprenorfin je parciální agonista μ -opiátových receptorů a antagonist κ -opioidových receptorů. Lze ho, na rozdíl od metadonu, užít i mimo odborné pracoviště. Závislostní potenciál je menší, než u ostatních opiátů, nelze se jím předávkovat (Večeřová-Procházková, Staňková, & Čápková, 2008).

Hlavním důvodem užívání buprenorfinu v těhotenství je prokázaný snížený výskyt a závažnost neonatálního abstinenci syndromu, na rozdíl od metadonu. Ve srovnání s metadonem má tato substituční látka práh, při jehož přesáhnutí již nenásleduje další efekt (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011). Díky dlouhému poločasu uvolňování a degradace a vysoké afinitě k receptorům nastupuje účinek pomaleji a přetrvává déle, než je tomu u heroinu. Se zvyšující se dávkou je prodloužena také doba účinku látky. Nejvýhodnější je podání sublingvální (pod jazyk), protože dosahuje pomaleji maximální plazmatické hladiny a není tak rychle metabolizován játry a tenkým střevem, jak je tomu např. při podání p.o. K rychlé absorpci vede také podání do svalů. Do mateřského mléka prochází jen malé množství látky, a proto není důvod k zástavě laktace u matky (Vavřínková, & Binder, 2006).

3.3 Prevence užívání návykových látek v reprodukčním věku

Máme-li za cíl snížit užívání psychoaktivních látek u žen v reprodukčním věku – před, během a po těhotenství, je nutno hlouběji porozumět slovu „prevence“, lépe chápat klinicko-vývojové modely a teorie a hodnotové struktury v různých skupinách populace. Primární prevencí rozumíme zabránění vzniku závislosti před početím/v těhotenství/po porodu. Sekundární prevenci můžeme definovat jako minimalizaci důsledků

konzumace návykových látek v těhotenství. Terciární prevence znamená snížení dopadů a následků expozice psychoaktivní látky pro novorozence. Chceme-li, aby naše zásahy byly trvalé, je třeba vzít v potaz širší prostředí, kde žije inkriminovaná skupina, svůj podíl v preventivních opatřeních mají také environmentální faktory, které nesmí být opomíjeny. Pro úspěšnost prevence je důležité také pochopení chování, víry a hodnot jedince, abychom jej mohli zapojit do procesu preventivních zásahů. Tyto jsou ovlivněny třemi základními faktory – etnický původ a kultura, pohlaví a generová socializace a vývojová zralost. Chceme-li dosáhnout optimálního výsledku při plánování nejlepšího přístupu v prevenci užívání návykových látek u žen v reprodukčním věku, je důležité, abychom každou z klientek řešili individuálně. Cílem by mělo být zabránění vzniku závislosti na drogách v reprodukčním věku. Řešit by se měly otázky, zda má být naším cílem úplná abstinence od psychoaktivních látek nebo snížení dávky drogy, zda by se mělo v programu prevence pokračovat i po porodu, zda je program prevence úspěšný, když žena po porodu zrelapsuje atd. Obecně by se měla jako úspěch počítat každá, byť malá, změna k lepšímu (Gilchrlst, & Gillmore, 1992).

Podle výzkumu Hrubé a Malíkové (2002) varují lékaři těhotné ženy především před užíváním léků bez předchozí konzultace s odborníkem. Asi polovina žen ze zkoumaného vzorku byla upozorněna na nebezpečí spojená s užíváním nelegálních návykových látek v graviditě, ale pouze pětina gynekolog upozornil na problémy spojené s kouřením a konzumací alkoholu. Z toho můžeme usuzovat, že primární prevence užívání legálních návykových látek v České republice není ideální.

3.4 Bariéry vstupu do péče

Ženy uživatelky jsou dvojnásobně stigmatizovány. A to především kvůli genderovým stereotypům vytvořeným společností, která hůře přijímá užívání návykových látek ženami. Ty jsou podle kritérií veřejnosti spojovány především s rodinným životem a péčí o ostatní (především děti) a o domácnost. Díky této diskriminaci a případné předchozí negativní zkušenosti klientky raději nevyhledávají pomoc u sociálních ani zdravotnických institucí. Problémem ve vstupu do péče může být také pocit ztráty anonymity či strach z odsouzení (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012).

Aktuálně užívající partner těhotné adiktologické klientky bývá často pro její vstup do léčby velkým problémem. Ovlivňuje její chování – někdy vědomě, jindy si to sám neuvědomuje. Ženy bývají na partnerovi existenciálně i psychicky závislé a nejsou schopny od něj odejít. A to i v případě, že ví, že negativně ovlivňuje jejich chování (Meierová, 2010).

S ohledem na generové stereotypy přijímané společností je vhodné zapojovat uživatelky do tvorby, úpravy a hodnocení služeb pro ně určených. Jako užitečné se zdá být také vytváření většího množství anonymních programů, kde mohou klientky, především těhotné, využívat podporu a specializované služby. Vhodné by bylo propojení adiktologických pracovišť se specializovanými zařízeními různých oborů, např. gynekologie a porodnictví či praktické lékařství. Podporou empatie a zlepšováním informovanosti lékařů a dalšího zdravotnického personálu o drogové problematice mohou být problémy užívatelky návykových látek řešeny mnohem rychleji a efektivněji. Na druhou stranu by měli být

zaměstnanci drogových služeb schopni rozpoznat alespoň základní medicínské problémy, aby uživatelce doporučili návštěvu lékaře, s některými situacemi by měli umět také sami pracovat (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012).

Často se objevuje také strach uživatelek vyhledat odbornou pomoc. A to především kvůli obavám z nepřátelských reakcí zdravotního personálu, stigmatizaci apod. Proto je důležité vzdělávání – získávání dovedností a vědomostí u osob pracujících ve zdravotnictví, které se týkají především schopnosti budovat důvěryhodný vztah s těhotnou klientkou. Ten je základem komunikace a podpory, díky nimž lze dosáhnout pozitivních výsledků – ve smyslu větší motivace klientek k léčbě, pravidelných gynekologických prohlídek atd. Psychosociální a zdravotní intervence poskytované odborným personálem (sestry, lékaři, sociální pracovníci, psychologové atd.) by měly být poskytovány podle individuálních potřeb klientky. Na péči by se měli podílet především lidé z oboru gynekologie, porodnictví a pediatrie, ale také další potřební odborníci vhodní pro konkrétní případ. Používané klinické postupy by měly mít jistou strukturu a všechny léčebné protokoly by měly být dostupné všem členů týmu pečujícího o danou klientku (Metz, Köchl, & Fischer, 2012).

Zdravotnický personál i adiktologové by se měli naučit jednat s klientkami bez stereotypů a negativních předsudků, aby se uživatelka při spolupráci s nimi necítila ještě více stigmatizovaná. To by mohlo mimo jiné způsobit ještě větší nedůvěru těchto žen ke službám, popř. jejich vypadnutí z léčby. Osoby pracující s adiktologickými klientkami by měly být schopny s nimi otevřeně mluvit i o tématech, která mohou být nepříjemná oběma stranám (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012), oprostít se od soudů klientek užívajících v těhotenství či odsuzování za nezájem o jejich narozené i nenarozené dítě. Celkem podstatné pro personál setkávající se s těhotnými uživatelkami je také schopnost rozlišit klientku motivovanou a nemotivovanou k léčbě. To je výhodné pro ni i další osud jejího dítěte. Pro matky, které se chtějí léčit a pečovat o své děti, je dostupná možnost umístění do zařízení podporující pobyt matky i s dítětem, např. terapeutická komunita Karlov. To také může zlepšit kvalitu spolupráce se státními i nestátními institucemi a organizacemi. Pro utužování vztahu mezi matkou a dítětem je výhodný jejich pobyt v Dětském centru, kde jsou klientky odborníky zacvičeny v péči o dítě a komunikaci s ním, učeny odpovědnosti ne jen za sebe, ale i za svého potomka, a podpora matky ve zvládnání rodičovství. Podstatou je vytvoření jisté vazby mezi matkou a dítětem. Přístup k jednotlivým klientkám je individuální, nutností je empatie a pochopení její situace personálem. Ženy jsou často bez zázemí a jakéhokoliv režimu, což je nutno změnit a podporovat vztah matka-dítě a snaha o probuzení mateřského citu (Preslová, Maxová a kol., 2009).

4. Následky užívání návykových látek pro plod

Závislost na návykových látkách u těhotných žen je závažným rizikovým faktorem ovlivňujícím těhotenství a zdraví budoucí matky, ale má také velmi negativní vliv na samotné embryo/plod a jeho vývoj. Děti žen závislých na psychoaktivních látkách mají zvýšené riziko toxického poškození v průběhu těhotenství i po porodu. Po porodu je pravděpodobně největším rizikem neonatální abstinční syndrom, ale problémem může být také vznik různých poškození orgánů novorozenců – např. hypoxie mozku nebo střeva a s nimi související problémy. Nesmíme pominout ani často problematickou socioekonomickou situaci, která novorozence po porodu čeká.

Podle Füleové, Zónové a Petrášové (2015) bylo v České republice v roce 2014 evidováno 3 099 žen v reprodukčním věku (15 až 49 let), které žádaly o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Z toho 534 užívalo opiáty, 7 kokain, 2302 stimulantia, 29 sedativa či hypnotika, 3 rozpouštědla, 294 kanabinoidy a 11 jiné drogy. U 7 žen nebyla droga určena. Často se vyskytuje užívání více návykových látek či kombinace s alkoholem nebo nikotinismem.

V neurologických vývojových procesech (proliferace, migrace, diferenciace a apoptóza neuronů) v mozku plodu hrají kritickou roli neurotransmitery. To je jeden z důvodů, proč mají drogy užívané matkou zásadní vliv na poškození fetálního mozku. A to z hlediska chemického i strukturálního (Konijnenberg, 2015). Působení psychoaktivních látek na organismus plodu závisí na detoxifikační schopnosti organismu, době podání, způsobu aplikace, druhu a dávce návykové substance, ale také na kombinaci drog a distribuci látky v těle plodu. Účinky psychoaktivních substancí na organismus plodu mohou být toxické, maturační¹⁰ a/nebo teratogenní¹¹ (Zach, 2009). Metabolismus návykových látek v placentě je ovlivněn také přítomností a množstvím placentárních enzymů, které se mění v závislosti na užívané droze, molekulární hmotnosti, pH, rozpustnosti drogy v tucích apod. To vše ovlivňuje také průtok krve a přenos živin a kyslíku placentou (Vavřínková, & Binder, 2006).

Děti matek užívajících v těhotenství alkohol nebo nealkoholové návykové látky bývají většinou na svůj gestační věk menší, špatně rostou, působí více podrážděně a mají problémy s krmením. Často potřebují sociální podporu a jsou umístěny do náhradní péče již brzy po narození, což samo o sobě může způsobovat zvýšenou morbiditu a pomalejší vývoj dítěte. V průběhu dětství potřebují zdravotní péči pro četná somatická onemocnění, ale také mentální onemocnění a problémy s chováním. V dospívání a rané dospělosti u nich nebývá výjimkou zvýšená morbidita, především úrazy, i mortalita způsobené poruchami chování a duševními poruchami a užíváním alkoholu či jiných návykových látek, které často souvisí s péstounskou péčí. U žen, ve srovnání s muži, se častěji objevují chronické somatické a psychiatrické komorbidity (Sarkola, Gissler, Kahila, Autti-Rämö, & Halmesmäki, 2012). Potenciální teratogenní účinek návykové látky samozřejmě souvisí také s obdobím expozice embrya/plodu konkrétní droze. Např. morfologické změny se objevují především při konzumaci psychoaktivní látky v časném těhotenství, naopak vystavení plodu návykové

¹⁰ Maturace – vyzrání, zrání (Vokurka, & Hugo, 2008). Zde se jedná především o maturační účinky na plicní tkáň.

¹¹ Teratogenní látky způsobují vznik defektů či vrozených vývojových vad.

látky ve třetím trimestru často zapříčiňuje poruchy růstu. Deficity CNS mohou vzniknout při expozici droze v průběhu celého gestačního období (Konijnenberg, 2015).

Jako komorbidity intravenózního užívání návykových látek se u uživatelů drog často vyskytují malnutrice, poruchy imunity, systémové infekce, hepatitida B či C a sexuálně přenosné choroby. Nitroděložní infekce, insuficience placenty či malnutrice u matky, která užívá drogy, může vést k intrauterinní růstové retardaci plodu, předčasnému porodu, nízké porodní hmotnosti (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Komplikací může být také nitroděložní smrt plodu, asfyxie (nedostatek kyslíku při porodu, který může způsobit poškození plodu), mekonium v plodové vodě (obsah střevo plodu – smolka; při porodu může dojít ke vdechnutí této znečištěné plodové vody, což způsobuje syndrom aspirace mekonia a dochází k dušení plodu) apod. (Zach, 2009).

U dětí závislých matek se 5 až 15 krát častěji vyskytuje syndrom náhlého úmrtí novorozence, různé vývojové vady (blíže viz níže), opoždění somatického růstu, zvýšená agresivita a projevy násilí, náladovost a poruchy učení, schopnosti koncentrace a krátkodobé paměti (Zach, 2009).

4.1 Konkrétní působení návykových látek na embryo/plod a novorozence

Proběhlo mnoho studií vlivu užívání návykových látek těhotnou ženou na její embryo/plod. Tyto práce ukázaly mnoho možných důsledků (viz níže) expozice embrya/plodu konkrétním drogám. Problémem ovšem zůstává užívání různých kombinací psychoaktivních látek, které mohou navzájem potencovat svůj účinek a prenatální poškození dítěte tak může být mnohem větší. Studování účinků určité drogy je v tomto případě obtížné.

Opiáty

Expozice plodu opiátům může způsobovat IUGR (nitroděložní růstová retardace), nedonošenost (prematurnita), klasické příznaky abstinenčního neonatálního syndromu (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009), častější perinatální mortalitu (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011), ale také zvýšený výskyt pouze dvou cév v pupečníku a vyšší incidenci krátkého pupečníku. Výjimkou není ani trombóza pupečnickové žíly, umbilikální flebitidy, nekróza klků či jejich zvýšená vaskularizace, depozita fibrinu intervilózně, perivilózně či na choriální desce, chorioamniitidy apod. Časté infekce před porodem způsobují uvolňování většího množství prostaglandinů a kortizolu, který zrychluje plicní zrání, což snižuje incidenci RDS¹² u dětí uživatelů heroinu (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

Přibližně u 50-80% dětí narozených matkám užívajícím opiáty se vyvine abstinenční syndrom nastupující nejčastěji 48-72 hodin po porodu (Vavřínková, & Binder, 2006). Mezi opiáty patří např. opium, morfin či heroin, ale také látky využívané k substituční léčbě opiátové závislosti – metadon či buprenorfin.

¹² RDS – Respiratory Distress Syndrome

Většina těchto euforizujících látek prochází do mateřského mléka, a proto se kojení nedoporučuje. Úplně kontraindikované je u heroinu, naopak možné je u metadonu a buprenorfinu (Zach, 2009). Podle některých autorů je kojení vhodné z důvodu tlumení abstinčního syndromu novorozence, protože do mléka přechází cca 1% podané látky (Vavřínková, & Binder, 2006).

U dětí matek substituovaných v těhotenství metadonem se častěji než u ostatních opiátů objevuje strabismus a horší průběh neonatálního abstinčního syndromu (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011). Můžeme u nich pozorovat křeče, zvýšenou agregační aktivitu trombocytů, trombocytózu, systolickou hypertenzi, neklidný spánek a poruchy spánkového cyklu, později pak špatnou sociální přizpůsobivost, ADHD, problémy s učením a chováním apod. (Vavřínková, & Binder, 2006).

Stimulancia

Stimulancia mohou působit u plodu vrozené vývojové vady urogenitálního, kardiovaskulárního a centrálního nervového systému nebo hypotrofii¹³. U dětí matek užívajících amfetaminy či jiné stimulační látky se častěji vyskytuje SIDS (syndrom náhlého úmrtí novorozence), křeče, poruchy spánku, zvýšená dráždivost nebo tachykardie¹⁴ (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009), anomálie končetin nebo rozštěp rtu či patra (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011). Výjimkou nejsou ani mikroklky, intervilózní hemoragie, nekroza klků, depozita fibrinu intervilózně, perivilózně či na choriální desce, defekty pohlavní a močové soustavy, nekrotizující enterokolitidy, anomálie srdce či krvácení do mozku (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009).

Neonatální abstinční syndrom u dětí uživatelů stimulantů má kratší trvání a menší intenzitu než u opiátů. Vyskytují se průjmy, apnoické pauzy, třes apod. (Vavřínková, & Binder, 2006). *Amfetaminy* mohou způsobit krvácení do placenty, intrakraniální krvácení plodu, mikrocefalii, ischemické infarkty a další. Dítě má problémy se spánkovým režimem, s krmením, je spavé, třese se, může zvracet. Kojení je kontraindikováno (Zach, 2009).

Kokain/crack mohou způsobovat abnormální reflexy, vysoký krevní tlak, třes, podrážděnost, křeče, srdeční vady, atrezii střeva, defekty končetin, genitourinární anomálie, deformace lebky, syndrom náhlého úmrtí novorozence a pomalejší vývoj do dvou let věku. Jsou také jednou z příčin behaviorálních a kognitivních defektů. (De Ville, & Kopelman, 1998). Jsou neurotoxické, způsobují poruchy myelinizace¹⁵, mikrocefalii, intrakraniální krvácení, krvácení do placenty, arytmie, hypertermie a další. Lehce prochází do mateřského mléka, proto je kojení kontraindikováno (Zach, 2009). Užívání kokainu zpomaluje placentární průtok, čímž snižuje přísun živin a kyslíku do těla plodu, zvyšuje také tepovou frekvenci, krevní tlak a průtok krve mozkem. Naopak, průtok krve gastrointestinálním traktem se snižuje (Vavřínková, & Binder, 2006). U těchto dětí se také opožděje rozvoj řeči (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

¹³ Hypotrofický novorozenec – má omezený vzrůst či nízkou porodní hmotnost (Vokurka, & Hugo, 2008).

¹⁴ Tachykardie – zvýšená tepová frekvence.

¹⁵ Myelinizace – tvorba pochev nervových vláken.

Barbituráty

Barbituráty způsobují u plodu podobné změny jako u matek s abúzem alkoholu. Dále mohou snížením srdečního výdeje a placentárního průtoku ohrozit plod nedostatečným přísunem kyslíku a živin placentou, na rozdíl od alkoholu, který nemá na placentární průtok přímý vliv (Vavřínková, & Binder, 2006). U novorozenců se vyskytuje dlouhotrvající pláč, zvýšené pocení, zvýšená dráždivost, regurgitace¹⁶ potravy a další (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Neonatální abstinční syndrom začíná většinou mezi 4. a 8. dnem po narození. Barbituráty představují riziko kumulace v mateřském mléce a následné sedace novorozence, a proto není kojení doporučováno (Zach, 2009).

Benzodiazepiny

Abúzus benzodiazepinů může způsobovat vrozené srdeční vady, rozštěpy, zástavy dechu, podchlazení či „syndrom hadrové panenky“¹⁷ (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009), ale také anomálie kraniofaciální oblasti (Vavřínková, & Binder, 2006), neonatální toxicitu, kognitivní poruchy, sedaci, opožděný vývoj centrálního nervového systému, váhový úbytek, neurobehaviorální problémy, úmrtí plodu atd. Abstinční syndrom se projevuje třesem, hyperonem, hyperreflexií, neklidem, průjmem, zvracením, apnoí apod. (Mohr, Hnídek, Hanka, Čermák, Bravermanová & Melicher, 2012). Mohou být příčinou také vývojových vad urogenitálního traktu. Novorozenecký abstinční syndrom se objevuje mezi 2. a 14. dnem po porodu. Benzodiazepiny představují riziko kumulace v mateřském mléce a následné sedace novorozence, a proto není kojení doporučováno (Zach, 2009).

Kanabinoidy

Díky užívání kanabinoidů těhotnou ženou dochází k rozvoji chronické hypoxie¹⁸ u novorozence, což může mít za následek intrauterinní růstovou retardaci. Abúzus těchto látek může být také příčinou malformace končetin a poruchy vývoje zrakových drah v mozku plodu (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Novorozenec může být hypotrofický a plodová voda bývá znečištěna mekoniem. V případě vzniku neonatálního abstinčního syndromu se závažné příznaky vyskytují vzácně. Bývá třes nebo zvýšená dráždivost dítěte. Kanabinoidy přestupují do mateřského mléka, ale dítě nijak neovlivňují. Kojení se však nedoporučuje (Zach, 2009). V pozdějším věku se často u dětí vyvíjí hyperaktivita, úzkostné a depresivní poruchy, zvýšená impulzivita, nepozornost, poruchy spánku, včetně změn spánkového rytmu apod. (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011).

Halucinogeny

Užívání halucinogenů může být příčinou vrozených vývojových vad kostí a centrálního nervového systému nebo chromozomální aberace. U novorozenců matek užívajících LSD

¹⁶ Regurgitace potravy – polknutá strava se vrací zpět do úst/hltanu.

¹⁷ „Syndrom hadrové panenky“ neboli „Floppy infant/baby syndrome“ se projevuje nízkým skóre podle Apgarové sníženým tonem svalů, poruchou krmení, hypotermií, neurologickým útlumem, zástavou dechu, sníženou odpovědí na chlad atd. (Strunzová, 2005).

¹⁸ Hypoxie – nedostatek kyslíku.

se abstinenční syndrom projevuje poruchami sání, třesem, zvýšeným svalovým tonem (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009) či poruchami spánku. Při abúzu halucinogenních látek nejsou výjimkou ani vrozené anomálie kardiovaskulární a močopohlavní soustavy, např. houbovitá ledvina (Wong, Ordean, Kahan, et al., 2011) či prematurita a intrauterinní růstová retardace (Vavřínková, & Binder, 2007).

Toluen a jiná rozpouštědla

Projevem užívání toluenu a jiných rozpouštědel v těhotenství bývá IUGR a tzv. „toluenová embryopatie“, kdy se vyskytuje mikrocefalie, mikrognatie¹⁹ a kraniofaciální dysmorfie²⁰. Neonatální abstinenční syndrom se projevuje poruchami sání a spánku, třesem, zvýšeným tonem svalů či vysoko laděným křikem. Vyskytuje se také metabolická acidóza, která může trvat týdny a je nutné ji léčit (Zach, 2009). U dětí exponovaných v průběhu prenatalního vývoje některému z rozpouštědel je častější poporodní útlum dýchacího centra, kojenecká mortalita, vyšší prevalence syndromu náhlého úmrtí novorozence/kojence a poškození jater, ledvin a dalších orgánů (Tyler, 1995).

Alkohol

Abúzus alkoholu způsobuje poruchy vývoje plodu ve smyslu mikrocefalie, kraniofaciální dysmorfie, vývojové vady očí a kloubů (Tláskal, 2012). Ve třetím trimestru pak může být příčinou strukturální i funkční poruchy centrálního nervového systému či růstové retardace plodu. Fetální alkoholový syndrom viz níže (Zach, 2003).

Nikotin

Nikotin užívaný v těhotenství má relativně nízkou teratogenicitu. Může způsobovat mikrocefalii či nitroděložní růstovou retardaci. U novorozenců lze pozorovat zvýšenou dráždivost, třes či změny svalového tonu. Častěji se vyskytuje syndrom náhlého úmrtí novorozence, později zvýšený krevní tlak, mentální retardace a zhoršení kognitivních funkcí (Zach, 2003).

Kouření, především nežádoucí účinky nikotinu a oxidu uhelnatého, působí změny buněčných membrán, čímž narušuje přenos živin (včetně aminokyselin) a kyslíku plodu – navázáním oxidu uhelnatého dochází ke vzniku karboxyhemoglobinu (více než u matky), čímž je snížena oxidační kapacita krve a zvyšuje se acidémie. Cca v 5% se objevuje intrauterinní úmrtí plodu (Vavřínková, & Binder, 2006). Podle výzkumu Slotkina (1998) poškozuje prenatalní expozice plodu nikotinu jeho buňky hypoxií ve větší míře, než při užívání kokainu – a to v tom slova smyslu, že změny způsobené kokainem byly krátkodobé a v období mezi dávkami došlo k návratu do normálního stavu, poškození nikotinem byla perzistující.

¹⁹ Mikrognatie – při vývoji se zpomalí vývoj dolní čelisti (je menší) a to především v oblasti brady.

²⁰ Kraniofaciální dysmorfie – široký kořen nosu, prominující čelo, nízká vlasová hranice, mikrocefalie, oči daleko od sebe, úzké oční štěrby, malformace uší.

V případě, že je matka v těhotenství v odvykací léčbě a užívá bupropion, je u plodu vyšší pravděpodobnost vzniku vrozených srdečních vad. Proto by při odvykání kouření v těhotenství měly být upřednostňovány metody behaviorálně terapeutických strategií či různé druhy poradenství (Metz, Köchl, & Fischer, 2012).

V dětství se u potomků kuřaček častěji vyskytuje astma bronchiale, ADHD a četné behaviorální problémy či špatný školní prospěch. Také pasivní kouření má negativní vliv a může způsobovat různé alergie v dětském věku a další příznaky atopie (Vavřínková, & Binder, 2006).

4.2 Neonatální abstinční syndrom

Neonatální abstinční syndrom se může vyskytovat u novorozenců matek užívajících v těhotenství alkohol, opiáty, stimulancia, kanabinoidy či jiné psychoaktivní látky (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Vzniká také při užívání buprenorfinu či metadonu, které se využívají k substituční léčbě závislosti na opiátech. Neonatální abstinční syndrom, jenž vznikne po užívání těchto látek, má lehčí průběh a kratší trvání příznaků. Podstatou je, že vzniká závislost plodu na návykové látce, která je v průběhu těhotenství dodávána fetoplacentárním oběhem do jeho organismu. Po přerušení pupečnicku po porodu je přerušena také dodávka drogy do těla novorozence a tak vzniká syndrom abstinence (Peychl, 2001). Ještě několik hodin až dnů po porodu můžeme u novorozence prokázat významné hladiny dané psychoaktivní látky v séru. U plodu/novorozence je významně odlišná farmakokinetika návykových látek, a proto má dítě omezenou možnost drogu metabolizovat a vylučovat (Vavřínková, & Binder, 2006).

Žen ve fertilním věku, které užívají drogy, přibývá, a proto se zvyšuje také množství novorozenců ovlivněných intrauterinním působením návykových látek. Z toho vyplývají četná rizika, důsledky a komplikace. Příznaky projevů neonatálního abstinčního syndromu vycházejí z reakcí orgánových soustav novorozence – respiračního systému, centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu apod. Patří sem také četné poruchy vegetativního systému (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

Klinické příznaky

Mezi klinické příznaky neonatálního abstinčního syndromu patří: hyperexcitabilita²¹ centrálního nervového systému, která se projevuje neklidem, křečemi, třesem, zíváním, kýčáním, vysoko laděným centrálním křikem, poruchami spánku, apnoickými pauzami atd. Dále se může objevit nevolnost, zvracení, průjmy, nekoordinované sání a polykání, excesivní nenutritivní sání, tachypnoe²², apnoe²³, dyspnoe²⁴, periodické dýchání, zvýšená sekrece z nosu, ucpaný nos a podobně. Mezi vegetativní příznaky patří například slzení, pocení, mramorovaná kůže, teplotní instabilita, neprospívání a úbytek váhy, hypokalcémie²⁵

²¹ Hyperexcitabilita – zvýšená dráždivost.

²² Tachypnoe – zrychlené dýchání.

²³ Apnoe – zástava dechu.

²⁴ Dyspnoe – dušnost, namáhavé dýchání.

²⁵ Hypokalcémie – hodnoty kalcia v krvi jsou pod referenční hodnoty.

nebo metabolická alkalóza. Některý z příznaků má až 90% novorozenců matek užívajících drogy. Z toho 50 až 70 % potřebuje terapeutický zásah (Zach, 2009). Léčba neonatálního abstinčního systému bývá často dlouhodobá (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009).

Časový nástup klinických projevů novorozeneckého abstinčního syndromu závisí na farmakokinetice psychoaktivní látky, gestačním věku novorozence a samozřejmě na typu návykové substance (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). Příznaky nastupují v různě dlouhém časovém období po porodu – minimálně 3 hodiny (při závislosti matky na alkoholu), maximálně 4 týdny (Peychl, 2001). Závažnost neonatálního abstinčního syndromu se odvíjí od časového odstupu od poslední aplikace, délce závislosti matky na návykových látkách a od výše dávky drogy (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). Doba přetrvávání příznaků je též různě dlouhá – většinou dny až týdny. Výjimečně, subakutně, až půl roku (Peychl, 2001).

Diagnostika

Tíži neonatálního abstinčního syndromu lze podle příznaků hodnotit různými skórovacími systémy, v České republice se nejčastěji využívá skórování podle Finneganové (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). Hodnotí se křik, doba spánku, Moroův reflex²⁶, třes při stimulaci a v klidu, křeče, zvýšený svalový tonus, horečka, krmení, stolice, dechová frekvence, exkoriace²⁷ (na nose, kolenou a na prstech), ucpaný nos, kýchání, časté zívání a pocení. Celkem může dítě získat 66 bodů (Zach, 2009). S hodnocením se začíná 2 hodiny po porodu. Interval opakování se odvíjí podle počtu získaných bodů. Při opakovaném skóre dosahujícím 8 a více bodů indikují lékaři podání substituční léčby novorozenci (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). Kvůli komplexnosti a velkému množství hodnocených příznaků se někteří lékaři přiklánějí k hodnocení NAS pomocí skóre podle Lipsitze. Zde jsou hodnoceny dechy za minutu, dráždivost, exkoriace, horečka, kýchání, reflexy, stolice, svalový tonus, třesy, zívání a zvracení. Lze dosáhnout maximálně 20 bodů, hodnocení je pozitivní při dosažení 5 bodů (Peychl, 2001).

Mimo skórovací systémy můžeme k diagnostice novorozeneckého abstinčního syndromu využít anamnézu matky – druh návykové látky či jejich různé kombinace, čas od posledního užití drogy, délka abúzu, popř. zařazení do substitučního programu. Dalším, velmi přesným, způsobem je toxikologický screening u novorozence (moč, smolka, krev, pupečník, vlasy) či matky – moč, krev (Stará, Lesná, Fencel, & Bláhová, 2009). Testy využívané ke screeningu návykových látek mívají většinou vysokou senzitivitu, avšak na úkor nízké specifity. Testy s vysokou specificitou se následně používají k potvrzení výsledků původního screeningu (Ostrea, 1992).

²⁶ Moroův reflex – úleková reakce, pomocí které se zkouší nervové či mozkové funkce malých dětí. Jedná se o fyziologický reflex, při jehož nepřítomnosti je podezření na poškození mozku. Provádí se nadzvednutím hlavy a trupu dítěte nad podložku. Ve druhé fázi testu je pustíme a necháme spadnout (ruce máme stále pod dítětem, nenecháme je spadnout na podložku – jde o to, aby došlo k prudkému poklesu hlavy/záklonu). Je prováděn pláčem (Vokurka, & Hugo, 2008). Můžeme jej vyvolat také podtrhnutím podložky nebo úderem ruky vedle hlavy dítěte. Reflex – odpověď má dvě fáze: extenzně abdukční (dítě nejdříve rozhodí ruce) a flekční (dítě přitáhne ručky zpět k tělu). V šestinedělí se reflex zesiluje, slabne až mizí koncem prvního trimenonu (Kučerovská, Hanáková, & Ošlejšková, 2013).

²⁷ Exkoriace – povrchové poškození pokožky (Vokurka, & Hugo, 2008).

Testování přítomnosti drog v tělních tekutinách je nejběžnějším způsobem zjišťování expozice plodu psychoaktivním látkám užívaných matkou. I tyto testy však mají svá omezení – můžeme zjistit typ návykové látky, ale většinou se nedozvíme výši dávky, délku a frekvenci užívání či poslední užití návykové látky (Ostrea, 1992). Diagnostika **smolky** je prováděna pouze ve specializovaných laboratořích a je považována za nejspolehlivější metodu v posledních dvou třetinách těhotenství. Ve výtěžnosti ji následuje toxikologické vyšetření **tkáně pupečníku**, které je ale velmi finančně náročné a jeho dostupnost je limitovaná – stejně jako vyšetření přítomnosti drog z **vlasů**. Toto je velmi spolehlivé k prokázání dlouhodobé expozice, protože vlasy rostou cca 2 centimetry za měsíc (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Z vlasů byly různými technikami úspěšně analyzovány např. morfin, heroin i jiné opiáty (Baumgartner, Jones, Baumgartner, & Black, 1979), fencyklidin (Baumgartner, Black, & Jones, 1981), kokain a jeho metabolity – a to i ve velmi nízkých koncentracích nedetekovatelných v moči (Baumgartner, Black, Jones, & Bland, 1982), antidepresiva, benzodiazepiny, barbituráty, marihuana, metamfetamin a nikotin (Kintz, Ludes, & Mangin, 1992). Screeningové testy můžeme provádět též z **nehtů**, **potu** či **slin** (Ostrea, 1992). Spolehlivé je také vyšetření **moči**. Nevýhodou však je, že zjistíme užití drog matkou pouze v několika posledních dnech, maximálně týdnech (záleží na typu drogy), a musíme zachytit moč těsně po porodu. Nejmenší výtěžnost pro diagnostiku novorozeneckého abstinčního syndromu má vyšetření **krve**, ze které se po porodu hledané látky rychle eliminují (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

Důležité je také vyloučení jiných onemocnění s podobnými příznaky jako NAS. Jedná se především o četná metabolická onemocnění či poruchy vnitřního prostředí, různé kongenitální či získané infekce nebo poškození centrálního nervového systému. Provádí se pomocí rozmanitých laboratorních testů – bakteriologie, virologie, biochemie a sérologie (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

Léčba a prognóza

Jednou z nejpodstatnějších ošetrovatelských zásad v průběhu léčby, které může zmírnit neonatální abstinční syndrom, je jemné a citlivé zacházení s novorozencem. Základem citlivé péče o dítě s NAS je umístění do termoneutrálního, tmavého a klidného prostředí, trpělivost při kojení/krmění (dlouhodobé kojení se nedoporučuje u aktuálně užívajících matek a matek HIV pozitivních) a citlivé ošetřování dítěte jemnými dotyky. Mezi další z významných bodů v péči o novorozence s neonatálním abstinčním syndromem je dodržování správné výživy s dostatečným či zvýšeným kalorickým příjmem (Psychl, 2001). Zapomenout nesmíme také na stálé monitorování vitálních funkcí (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

Farmakologická léčba je indikována v případě výrazných příznaků neonatálního abstinčního syndromu – tj. při dosažení 8 a více bodů dle Finneganové či více než 4 bodů dle Lipsitze. Principem je tlumení příznaků NAS podáním substituční léčby (Psychl, 2001). K farmakoterapii lze užít *vodný roztok morfinu p.o.*²⁸ (při závislosti na opiátech)

²⁸ p.o. = per os – způsob podání léků ústy.

či *fenobarbital p.o.* Ten bývá většinou podáván v kombinaci s morfinem – druhá volba léčby závislosti na opiátech, samostatně převážně při závislosti na neopiátových návykových látkách nebo při polydrogové závislosti (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Fenobarbital bývá užíván především ke zmírnění nespavosti či snížení iritability. Podávají se většinou 4 dávky (5-10 mg/kg/den, u výraznějších příznaků až 20 mg) perorálně, zpočátku je výhodnější podání intravenózní či intramuskulární (Vavřínková, & Binder, 2006). Při snižování skóre je snižována také dávka podávaného léku (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009). Délka podávání farmakoterapie je individuální. Většinou trvá dny až týdny. Mezi další substance užívané k léčbě NAS patří např. *tinktura opia*, *diazepam*, *chlorpromazin*, *clonidin* či *metadon*. Substituční léčba by však neměla být nasazována všem novorozencům s podezřením na neonatální abstinenční syndrom, na druhou stranu je velmi důležité včasné podání v dostatečné dávce, aby se předešlo rozvinutí křečí a dalších těžkých příznaků NAS. Prognóza dalšího vývoje dětí je ze zdravotního hlediska dobrá. Užívání různých návykových látek, na rozdíl od alkoholu, nemá významnou orgánovou toxicitu (mimo prokázaného poškození mozku při užívání kokainu matkou v těhotenství) a nezávisí na tíži NAS ani použité léčbě (Peychl, 2001). Typické jsou však poruchy kognitivních funkcí, učení či chování, růstový deficit nebo opožděný psychomotorický vývoj. Socioekonomické podmínky a rodinné zázemí dětí uživatelů drog bývají většinou špatné, a proto je nutno novorozence přemístit ze zdravotnického zařízení přímo do ústavní péče. A to především z důvodu nevyhovujícího prostředí, neschopnosti o novorozence pečovat či nezájmu rodičů. Lepší podmínky mívají děti závislých matek zařazených do substitučního programu. Tyto matky mívají větší motivaci k léčbě závislosti, což jim umožňuje zlepšit jejich životní situaci a pečovat o dítě (Stará, Lesná, Fencl, & Bláhová, 2009).

4.3 Fetální alkoholový syndrom

Prenatální expozice alkoholu má výrazné teratogenní účinky a může způsobovat četné kognitivní, fyzické, behaviorální či nervové poruchy embrya i plodu. Ty zahrnují obličejové dysmorfismy, růstové retardace, vrozené vývojové vady, kognitivní poruchy a poruchy chování (Streissguth et al. In Murawski, Moore, Thomas, & Rilay, 2015). Těhotné ženy by se tedy měly zdržet konzumace ethanolu v jakémkoliv množství – neexistuje bezpečná hranice užívání alkoholu. Nicméně, nebylo prokázáno, že by příležitostné užití malého množství alkoholu v průběhu gravidity způsobovalo závažné problémy v průběhu vývoje embrya a plodu (Kesmodel, et al., 2012). Podle Konijnenberg (2015) dochází k rozvoji fetálního alkoholového syndromu pouze v případě, že žena užívá v těhotenství více než 80 g alkoholu denně. Na druhou stranu, při malých dávkách ethanolu se u dětí objevuje ADHD, špatná koordinace motoriky a neurobehaviorální problémy.

Nejvíce je dítě ohroženo v době porodu, kdy má v krvi stejné množství ethanolu jako matka. V případě, že rodička užije velké množství alkoholu, se u novorozence projeví akutní intoxikace ethanolem. To jej však ohrožuje na životě, protože nemá dostatečnou schopnost tak velké množství této cizorodé látky metabolizovat. Tuto situaci můžeme přirovnat k terminálnímu stupni závislosti u alkoholiků (Heller In Pančocha, 2006).

Fetální alkoholový syndrom se projevuje poruchami neurologického vývoje a vrozenými vadami spojenými s nadužíváním ethanolu matkou v těhotenství. Ten má na vývoj mozku plodu velmi negativní vliv – narušuje správný vývoj, architekturu i komunikaci mezi buňkami navzájem. Při opakované konzumaci alkoholu těhotnou ženou ve větším množství působí na gliové buňky (mikroglie, oligodendrocyty astrocyty), čímž ovlivňuje jejich přežití (může způsobovat jejich smrt), vývoj a funkci (Guizzetti, Zhang, Goeke, & Gavin, 2014). Většina neuronů v mozku obsahuje glutamátové receptory zprostředkovávající převážnou část rychlého excitačního přenosu neuronálních akčních potenciálů. Požívání ethanolu gravidní matkou blokuje funkci glutamátových receptorů v mozku plodu, nejvíce pak synaptickou plasticitu hipokampální formace, což může být příčinou vzniku fetálního alkoholového syndromu. Nejvíce ovlivňované a nejdůležitější z nich jsou receptory NMDA (N-methyl-D-aspartate), které ovlivňují závislost, toleranci, odvykací stavy, bažení a relaps (Möykkynen, & Korpi, 2012). Alkohol užívaný v těhotenství způsobuje také zvýšenou tvorbu kyslíkových radikálů, které následně poškozují CNS (Guizzetti, Zhang, Goeke, & Gavin, 2014). Největší vliv má užívání ethanolu v graviditě na mozeček, kde vznikají degenerativní morfologické změny axonů a dendritů nervových buněk. Díky atrofii či smrti neuronů dochází též ke zmenšení jeho objemu (Cheng, Jacobson, Jacobson, Molteno, Stanton, & Desmond, 2015). To může způsobovat tzv. *mozečkový syndrom*, který se projevuje šilháním, psychomotorickou retardací, hypotonií a v průběhu růstu také poruchou koordinace pohybů.

Z hlediska vývoje a sociální adaptace dítěte nelze opomenout také fakt, že většina těchto dětí bývá matkám odebrána (převážně z důvodu týrání či zanedbávání dítěte rodiči) a umístěna do ústavní nebo pěstounské péče, popř. adoptována, což může vést k problémům s diagnostikou syndromu. Z výzkumů v USA vyplývá, že mají osoby s diagnostikovaným fetálním alkoholovým syndromem v dospívání a dospělosti problémy se školní docházkou, užíváním alkoholu či návykových látek, nevhodným sexuálním chováním. Bývají také častěji právně trestáni (Streissguth, Bookstein, Barr, Sampson, O'Malley, & Young, 2004).

Důsledky užívání alkoholu v těhotenství pro plod

Hlavními rysy dětí vystavených alkoholu v průběhu intrauterinního vývoje jsou retardace růstu (prenatální i postnatální), specifické kraniofaciální dysmorfie, včetně nepoměru velikosti hlavy a těla dítěte, anomálie kloubů, očí, srdce a zevního genitálu. Pravděpodobně nejčastěji se vyskytuje dysfunkce centrálního nervového systému, včetně mentální retardace. Často můžeme u dětí s fetálním alkoholovým syndromem pozorovat také hyperaktivitu a poruchy pozornosti (Mulvihill, & Yeager, 1977). U mateřského abúzu alkoholu se také více objevují poruchy autistického spektra (De Ville, & Kopelman, 1998).

Velmi časté jsou poruchy vývoje mozku. Expozice ethanolu v období rychlého růstu a proliferace gliových buněk způsobuje mikrocefalii. Důležitý je také výskyt neurobehaviorálních deficitů – nízké IQ, prodloužená reakční doba, porucha exekutivních funkcí, paměti, neschopnost udržet pozornost, postižení jemné i hrubé motoriky, snížená schopnost sociální adaptace a další. Působení alkoholu má vliv také na myelinizaci neuronů – zpomalení myelinizace, změna struktury myelinu – a následná porucha přenosu

akčních potenciálů (Guizzetti, Zhang, Goeke, & Gavin, 2014). Závažnost poškození mozku je variabilní. Posuzujeme čtyři základní informace, na kterých závisí míra postižení plodu – typ alkoholu, jeho množství, frekvence užívání a gestační týden, kdy je plod působení etanolu vystaven (Kesmodel, et al., 2012). Významnou proměnnou je však také věk matky, výživa, schopnost alkohol metabolizovat, dále je podstatná též kvalita prenatálního i postnatálního prostředí, genetická výbava, fyziologie a fungování organismu matky i plodu (Vernescu, Adams, & Courage, 2012). Mo, Milivojevic a Zecevic (2012) tvrdí, že v různých obdobích gravidity ovlivňuje užívání alkoholu jednotlivé typy nervových buněk selektivně, což ovlivňuje budování neuronálních synapsí. Nejškodlivější vliv má na prekuzory nervových buněk. Podle místa umístění či subtypů neuronů můžeme tedy identifikovat období nadměrné spotřeby ethanolu matkou. Tyto změny se pak odrážejí v rozvoji kognitivních deficitů spojených s fetálním alkoholovým syndromem.

Poměrně často se vyskytují také anomálie očí – z nich nejčastěji malé „mandlovité“ oči, výrazně zvýšená vzdálenost mezi očima (mezi vnitřními koutky), ptóza²⁹ (více asymetrická než symetrická), úzké oční štěrby, konvergentní strabismus³⁰, amblyopie³¹. Může se vyskytovat také zvýšená vinutost sítnicových cév, šedý nebo zelený zákal. Výjimkou nejsou ani delší řasy, než je norma (Miller, Israel, & Cuttone, 1981). Nejzávažnější oční poruchy způsobené užíváním alkoholu gravidní matkou vznikají v průběhu 9. – 11. gestačního týdne, kdy se z ektodermálních tkání vyvíjí zrakový systém. To se týká nervové, optické i okoohybné složky vizuálního systému. Poškození zrakových funkcí má význam, mimo jiné, také z hlediska studijních výsledků dítěte. U dětí s FAS se často objevují také poruchy prostorového vidění související se změnami architektury mozkové kůry. Základním mechanismem těchto nekortikálních změn působících oční poruchy je snížená neurální plasticita. Velmi důležité je tedy včas patřičně vyšetřit a provést vhodné intervence. V nejlepším případě v prvních letech života dítěte, kdy je optimální plasticita mozkové kůry (Vernescu, Adams, & Courage, 2012).

Diagnostika

Pro léčbu je důležitá včasná identifikace novorozenců exponovaných alkoholu v průběhu nitroděložního vývoje. Diagnostiku fetálního alkoholového syndromu by mohlo zlepšit rutinní užití validních, objektivních a vysoce specifických markerů prenatální expozice alkoholu. Mezi tyto biomarkery patří např. vedlejší produkty metabolismu alkoholu (ethylestery mastných kyselin, ethylen sulfát, ethylen glukuronid) či mikro RNA. Ideální biomarkery by měly být tak specifické, aby se podle nich dalo určit množství a čas vystavení plodu působení ethanolu. Další možností diagnostiky dětí s FAS by mohla být trojrozměrná počítačová zobrazovací metoda porovnávající rysy obličeje a filtrum. Výraznost obličejových rysů však závisí na době expozice alkoholu. Všechny tyto metody jsou bohužel zatím pouze ve výzkumné fázi (Murawski, Moore, Thomas, & Rilay, 2015).

²⁹ Ptóza – pokles horního víčka

³⁰ Konvergentní strabismus – sbíhavé šilhání („dovnitř“)

³¹ Amblyopie – tupozrakost, snížení zrakové ostrosti

Určení správné diagnózy může ztěžovat také fakt, že jsou děti alkoholiček často vychovávány v náhradních rodinách či ústavní péči. V těchto případech je totiž někdy obtížné dohledat problémy biologické matky související s alkoholem (Streissguth, Bookstein, Barr, Sampson, O'Malley, & Young, 2004).

Léčebné strategie

Specifické postupy pro léčbu FAS neexistují. Vzhledem k podobnosti behaviorální a kognitivní charakteristiky fetálního alkoholového syndromu a ADHD³² je jednou z možností léčby **farmakoterapie** užívaná v léčbě ADHD. *Stimulancia* (např. methylfenidát) snižují hyperaktivitu, ale mají sporný účinek na pozornost. Další možnou medikací je *Strattera (Atomoxetin)* – nonstimulans užívaný též v léčbě ADHD (Murawski, Moore, Thomas, & Rilay, 2015). Využívá se především u dětí, které nereagují na podávání stimulantů, vyskytuje se u nich nějaký z nežádoucích účinků (tiky, agitovanost, insomnie, abdominální bolesti atd.) nebo mají problémy s přijímáním potravy – nechutenství, příjem nedostatečného množství kalorií (Drtilková, 2009). Klinické studie prokazují, že postižení mozku spojené s prenatální expozicí plodu alkoholu zmírňuje také vasodilatans *Vinpocetin* (Murawski, Moore, Thomas, & Rilay, 2015).

Jako další z léčebných strategií můžeme uvést **nutriční intervence**. Podle výzkumů může rozvoj fetálního alkoholového syndromu ovlivnit prenatální i postnatální výživa. U matek dětí s FAS se častěji vyskytují avitaminózy, nedostatek zinku, železa, vápníku a jiných minerálních látek a stopových prvků. Suplementace těchto vitaminů a nutrientů by tedy mohla zmírnit teratogenicitu, snížit oxidační stres i kognitivní postižení plodu spojené s užíváním alkoholu. Při užívání dostatku cholinu, vitaminu D a omega-3 mastných kyselin postnatálně může být ovlivněn kognitivní i behaviorální vývoj u dětí s fetálním alkoholovým syndromem (Murawski, Moore, Thomas, & Rilay, 2015).

³² ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

5. Výzkumný problém a použité metody

Mezi uživateli psychoaktivních látek je statisticky potvrzen poměr 2:1. Ženy tedy tvoří 1/3 uživatelské populace žádajících o léčbu. Sedativa a hypnotika jsou ženami užívány v nadpoloviční většině, naopak v užívání stimulantů výrazně dominují muži a to téměř ve 3/4 případů (Mravčík (Ed.), 2010).

Nikotin a alkohol jsou pravděpodobně nejužívanější drogy u nás i ve velké části všech států světa. A to především proto, že jsou to téměř ve všech zemích drogy legální a společensky tolerované. Jejich vliv na těhotnou uživatelku, ale především na vývoj plodu je však často podceňován a mnohdy nebezpečnější než u konzumace nelegálních návykových látek. Avšak i matky kuřačky a alkoholičky bývají společností za jejich závislost odsuzovány.

Užívání návykových látek v těhotenství je velkým problémem nejen pro matku, ale také její nenarozené dítě. Poškození embrya a plodu se odvíjí od užití návykové látky, u všech se však, při pravidelném užívání drog matkou, může vyskytnout neonatální abstinční syndrom. Při pravidelné konzumaci alkoholu v graviditě pak může být dítě postiženo fetálním alkoholovým syndromem způsobující četná poškození organismu.

Častým problémem ne jen gravidních uživatelek bývá i to, že nemají gynekologa nebo k němu vůbec nedocházejí, v lepším případě jej navštěvují, ale velmi sporadicky. Neřešené gynekologické záněty mohou způsobovat neplodnost či další zdravotní komplikace, které mohou následně nabývat chronického charakteru. Pro reprodukční zdraví není příliš pozitivní ani fakt, že těhotenství bývají často nechtěná a ženy užívající návykové látky využívají často, mají-li finanční prostředky, možnosti provedení interrupce. V případě opakovaných umělých ukončení gravidity může též docházet k poškození reprodukčního systému.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu v této diplomové práci bylo zmapovat rozdíl v užívání návykových látek v současnosti a v průběhu posledního těhotenství, včetně prvního užití drogy, posoudit rizikové sexuální chování a kvalitu reprodukčního zdraví, zjistit dostupnost gynekologické péče o uživatelky drog, průběh péče před, při a po porodu, včetně bariér vstupu do léčby, a její hodnocení samotnými klientkami.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou vzorce užívání drog u žen ze zkoumané populace?
- 2) Jak ovlivnilo těhotenství klientku z hlediska užívání návykových látek?
- 3) Jaká je prevalence porodů, spontánních potratů a interrupcí u uživatelek výzkumného vzorku?
- 4) Jaká je míra sexuálního rizikového chování? Kolik klientek se živí prostitucí?
- 5) Jaké jsou nejčastější bariéry vstupu do gynekologické péče? Jak hodnotí uživatelky návykových látek poskytnutou péči v porodnici?
- 6) Jaká je povědomost gynekologů a porodníků o závislosti jejich pacientek? Jak často doporučují substituční léčbu?

Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Gravidita změny vzorce návykového chování u větší části uživatelék drog.

Hypotéza č. 2: Většina adiktologických klientek má zkušenost s poskytováním sexu za úplatu.

Hypotéza č. 3: Množství interrupcí je u žen užívajících návykové látky vyšší než počet spontánních potratů.

Hypotéza č. 4: Většina klientek se nechává testovat na krvi a sexuálně přenosné choroby a při sexu používá kondom.

Hypotéza č. 5: Gynekologové/porodníci doporučují indikovaným klientkám substituční léčbu častěji, než ukončení užívání návykových látek.

5.2 Metody tvorby a analýzy dat

Byl proveden dotazníkový průzkum na souboru problémových uživatelék drog – matek. Osloveny byly ženy ve dvou pražských nízkoprahových zařízeních – K-centrum Sananim a Terénní programy Progressive, o.s., část rozhovorů s klientkami proběhlo před K-centrem a v okolí provádění terénního programu. Součástí výzkumného vzorku byly i problémové uživatelky drog doporučené již oslovenými ženami – metoda snowball³³. Do výzkumu byly zařazeny klientky, které se v průběhu získávání dat vyskytovaly na výše uvedených místech, minimálně jednou rodily a souhlasily s vyplněním dotazníku. Sběr dat probíhal metodou řízeného rozhovoru uživatelék s tazatelem, tazatelkou byla autorka této diplomové práce. Dotazníky byly sesbírány převážně v průběhu října a listopadu 2015, 1 ks v září 2015 a 1 ks v březnu 2016. Sběr dat probíhal postupně – podle návštěvnosti daných zařízení matkami uživatelkami.

Dotazník byl složen z 5 částí týkajících se především drogové kariéry klientky v jejím reprodukčním období. V první části se zjišťovaly sociodemografické údaje uživatelék, druhém oddíle se zabývala užíváním návykových látek, včetně sdílení jehel v současnosti, ale i celoživotně. Dále bylo, pomocí uzavřených či otevřených otázek, zjišťováno rizikové sexuální chování a reprodukční zdraví dotazovaných uživatelék. Čtvrtou část tvořily otázky orientované na gynekologickou péči a bariéry vstupu do péče hodnocené klientkami odpověďmi „souhlasím“, „nesouhlasím“ a „odmítla odpovědět“. Poslední oddíl byl zaměřen na poslední těhotenství a porod, včetně poskytnuté péče. K jejímu hodnocení byla využita Likertova sumační posuzovací škála měřící postoj klientky ke kvalitě péče v dané porodnici.

5.3 Etika výzkumu

Zpracování dotazníků zachovává anonymitu odpovědí klientek a je v souladu s etickými principy zúčastněných zařízení. Vedení obou zařízení, K-centrum Sananim a Terénní programy Progressive, o.s., souhlasilo se získáváním dotazníků.

³³ Metoda snowball sampling neboli „metoda sněhové koule“ – je založena na získávání výzkumného vzorku na základě postupného označování („doporučování“) dalších osob těmi již oslovenými. Tímto „nabalováním“ pak dochází ke zvětšování výzkumného vzorku (Hartnoll et al., 2003).

Dotazníky byly v jednotlivých zařízeních i mimo ně vyplňovány, vzhledem k odbornosti některých otázek, při rozhovoru výzkumníkem s uživatelkami. Klientky vyplňovaly dotazník dobrovolně a byla jim zaručena naprostá anonymita.

5.4 Popis výzkumného souboru

V průběhu výzkumu bylo osloveno celkem 58 žen užívajících návykové látky. Z toho 24 odmítlo dotazník vyplnit, 6 nemělo děti a 3 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění (klientky spěchaly a na dokončení neměly čas). Výzkumný soubor tedy tvořilo 25 klientek ve věku od 17 do 45 let. Nejčastěji se respondentky pohybovaly ve věku 25 – 29 let (32 % souboru – 8 osob), nejméně pak ve věku 45+ (4 % souboru – 1 klientka) viz tabulka č. 1. Složení souboru podle místa/způsobu získání dat uvádí tabulka č. 2.

Tabulka č. 1: Klientky podle věku

věk	počet	%
15-19	2	8
20-24	2	8
25-29	8	32
30-34	4	16
35-39	5	20
40-44	3	12
45+	1	4
celkem	25	100

Dále bylo ve zkoumaném vzorku hodnoceno nejvyšší dosažené vzdělání, kde byly nejčastěji zastoupeny klientky se základním vzděláním (48 % souboru – 12 osob), nejméně pak s vysokoškolským (0 osob) a vyšším odborným vzděláním (4 % souboru – 1 klientka). Střední školu dokončilo celkem 12 klientek (48 % souboru), z nichž polovina ukončila maturitou a polovina výučním listem, viz graf č. 1. Celkem 16 klientek (64 % souboru) je nezaměstnaných, z toho 4 (16 % souboru) v evidenci Úřadu práce a 12 bez práce (48 % souboru). Na mateřské/rodičovské dovolené byly 4 klientky, trvale zaměstnaných 5 žen (20 % souboru), viz graf č. 2.

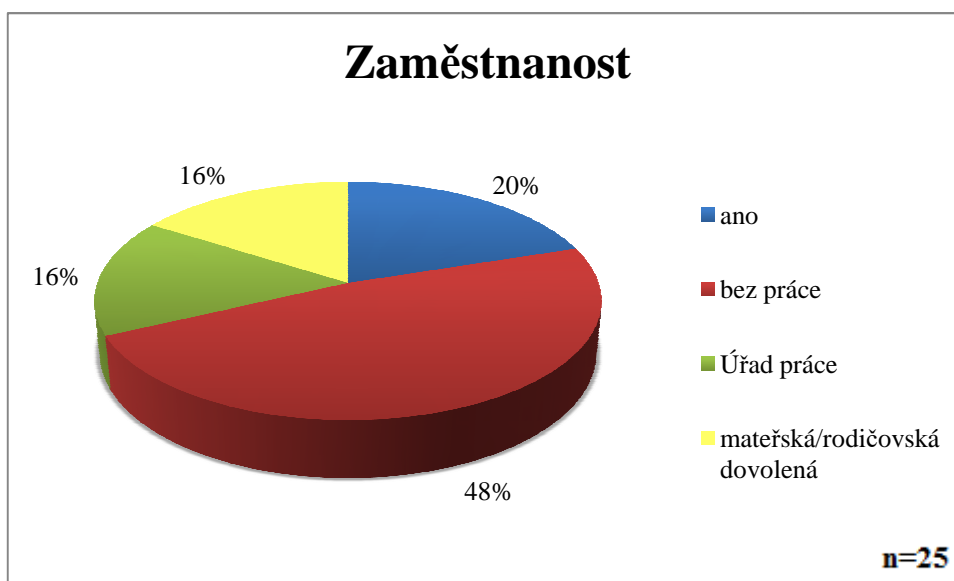
Tabulka č. 2: Složení výzkumného vzorku podle místa

místo	počet	%
KC Sananim	7	28
TP Progressive	3	12
Ulice (před KC atd.)	7	28
snowball	8	32
celkem	25	100

Graf č. 1: Složení klientek podle nejvyššího dosaženého vzdělání



Graf č. 2: Zaměstnanost žen z výzkumného vzorku



Z celkového počtu 25 klientek bydlelo nejvíce v dlouhodobém pronájmu (32 % souboru, což je 8 klientek), následovalo 7 žen bez domova (28 % souboru). V azylovém domě nepřebývala žádná z dotazovaných, 1 klientka (4 %) měla vlastní dům, viz tabulka č. 3. Klientky byly nejčastěji svobodné (44 % souboru – 11 osob), 6 z celkového počtu vdané (24 % souboru), více viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 3: Složení výzkumného vzorku podle bydlení

ubytování	počet	%
vlastní dům	1	4
vlastní byt	3	12
dlouhodobý pronájem	8	32
ubytovna	1	4
azylový dům	0	0
squat, toxi-byt	5	20
bez domova	7	28
celkem	25	100

Tabulka č. 4: Rodinný stav

rodinný stav	počet	%
svobodná	11	44
poprvé vdaná	3	12
znovu vdaná	2	8
rozvedená	4	16
v odloučení	1	4
vdova	1	4
druh, společná domácnost	3	12
celkem	25	100

6. Výsledky

6.1 Věk prvního užití návykových látek

Tabulka č. 5 ukazuje, že všechny klientky (100 %) někdy užily alespoň některý z tabákových výrobků. Poprvé to bylo nejdříve v 10 a nejpozději 17 letech. Průměrný věk prvního užití byl u zkoumané populace 12,8 let. Téměř všechny ženy výzkumného vzorku (24 – 96 %) někdy vyzkoušely alkohol alespoň v malém množství, stejný počet uvádí v životě i opilost. Jedna z uživatelék (4 % výzkumné populace) tedy nikdy neokusila žádný alkoholický nápoj. Totéž platí i pro pervitin a marihuanu nebo hašiš. Při tom nejnižší věk prvního užití alkoholu v malém i velkém množství byl 11 let, maximální pak 17 u malého množství a 21 u opilosti. Průměrný věk prvního požití malého množství alkoholu byl 14 let, první opilosti 14,9. Pervitin užily ženy zkoumané populace poprvé průměrně ve 20,6 letech, nižší věk byl 14, nejvyšší 38 let. První užití kanabinoidů uváděly klientky průměrně v 15,8 letech, nejdříve pak v 11, nejpozději ve 26 letech. Jiné než uvedené drogy užily pouze 3 klientky z výzkumné populace (12 %) a to průměrně ve věku 23 let, nejdříve však ve 20 letech. Více viz tabulka č. 5.

V hodnocení těchto informací je nutno podotknout, že se může jednat pouze o jednorázové užití, ve kterém v některých případech klientky nepokračovaly. Chtěly jen uvedené návykové látky vyzkoušet, což ukáže také tabulka č. 6.

Tabulka č. 5: Věk prvního užití konkrétních návykových látek

droga	n*	minimum (roky)	maximum (roky)	průměr (roky)
Tabákové výrobky	25	10	17	12,8
Alkohol - i malé množství	24	11	17	14
Alkohol - opilost	24	11	21	14,9
Heroin	20	12	37	21,1
Subutex/Suboxone	21	15	39	25,1
Metadon	13	22	40	29,7
Jiné opiáty, analgetika	11	15	35	23,6
Sedativa, anxiolytika, hypnotika	15	13	39	24,1
Pervitin a jiné amfetaminy	24	14	38	20,6
Kokain	14	16	39	24,4
Halucinogeny (houby, LSD)	14	14	32	22,4
Marihuana, hašiš	24	11	26	15,8
Těkavá rozpouštědla (toluen)	11	13	35	22,2
Nové syntetické drogy	16	16	39	26,8
Jiné drogy	3	20	25	23

*počet žen, které uvedly první užití dané návykové látky

6.2 Celoživotní prevalence užívání psychoaktivních látek

Všechny klientky mají v anamnéze užívání tabákových výrobků a to minimálně 2 roky, nejdelší období kouření pak bylo 31 let a průměr tvořil 16,2 let na osobu. Alkohol v malém množství užívalo nejméně 2 roky celkem 23 žen zkoumané populace (92 %), maximální délka abúzu byla 31 let, průměrně pak 15,1 let na osobu. Do stavů opilosti se 22 osob výzkumného vzorku (88 %) dostávalo minimálně po dobu 1 roku, nejdelším obdobím, kdy uživatelky pocitovaly opilost, bylo 31 let, průměr činil 14,3 let. Pervitin nebo jiné amfetaminy užívalo nejméně 12 měsíců celkem 23 žen (92 %), maximální délka abúzu byla 31 let, průměrné užívání 9,5 roku na osobu. Minimální období užívání některého z kanabinoidů bylo 1 rok, maximální pak 22 let a průměr činil 10,3. Celkem 4 ženy (16 %) užívaly toluen či jiná těkavá rozpouštědla pouze 1 rok. Stejný počet uživatelky (16 %) konzumovalo jiné opiáty či analgetika po dobu průměrně 10,3 roku. O 1 více, tedy 20 %, má v anamnéze užívání nových syntetických drog minimálně 1 a maximálně 6 let. Průměrně pak 2,8 roku. Jiné drogy, které nejsou v tabulce uvedeny, neužívala žádná z klientek ani 1 rok. Celoživotní prevalenci ostatních návykových látek ukazuje tabulka č. 6.

Tabulka č. 6: Celoživotní prevalence užívání psychoaktivních látek

droga	počet (n=25)	%	minimum (roky)	maximum (roky)	průměr (roky)
Tabákové výrobky	25	100	2	31	16,2
Alkohol - i malé množství	23	92	2	31	15,1
Alkohol - opilost	22	88	1	31	14,3
Heroin	15	60	1	17	8,3
Subutex/Suboxone	18	72	1	17	4,3
Metadon	7	28	1	12	4,4
Jiné opiáty, analgetika	4	16	2	17	10,3
Sedativa, anxiolytika, hypnotika	10	40	1	12	4,2
Pervitin a jiné amfetaminy	23	92	1	31	9,5
Kokain	2	8	1	2	1,5
Halucinogeny (houby, LSD)	9	36	1	16	3,6
Marihuana, hašiš	22	88	1	22	10,3
Těkavá rozpouštědla (toluen)	4	16	1	1	1
Nové syntetické drogy	5	20	1	6	2,8

6.3 Vzorce užívání drog v posledních 30 dnech

Celkem 20 žen (80 %) kouřilo v uplynulých 30 dnech některý z tabákových výrobků a to v průměru 26 dní za měsíc, 19 (76 %) klientek užilo pervitin v průměru 25,3 dny za měsíc. O jednu uživatelku méně (72 %) pilo alkohol v malém množství průměrně 20,6 dní, 64 % užilo marihuanu či hašiš v průměru 20 dní v měsíci. Celkem 56 % se opilo alespoň jeden den v měsíci – průměrně 16 dnů v uplynulých 30 dnech a dohromady 44 % osob ze zkoumané populace užilo v posledním měsíci Subutex/Suboxone a to minimálně 5, maximálně 30 a průměrně 25 dní za uplynulých 30 dní. Pouze 2 ženy (8 %) užily jiné opiáty či analgetika

v průměru 5,5 dní za měsíc. O 1 více (tedy 12 %) konzumovalo v uplynulém měsíci některý z halucinogenů a to minimálně 1 a maximálně 5 dní. Ani jedna klientka z výzkumného vzorku (100%) neužila v posledním měsíci kokain, žádnou z těkavých látek ani jiné drogy, které nebyly v tabulkách uvedeny. Více ukazuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7: Užívání drog v posledních 30 dnech

droga	počet (n=25)	%	minimum (dny)	maximum (dny)	průměr (dny)
Tabákové výrobky	20	80	5	30	26
Alkohol - i malé množství	18	72	1	30	20,6
Alkohol - opilst	14	56	1	30	16
Heroin	5	20	1	30	12,2
Subutex/Suboxone	11	44	5	30	25
Metadon	5	20	2	30	8,8
Jiné opiáty, analgetika	2	8	1	10	5,5
Sedativa, anxiolytika, hypnotika	4	16	10	20	13,8
Pervitin a jiné amfetaminy	19	76	15	30	25,3
Halucinogeny (houby, LSD)	3	12	1	5	2,3
Marihuana, hašiš	16	64	5	30	20
Nové syntetické drogy	4	20	5	15	8,8

6.4 Intravenózní užívání drog a sdílení injekčního náčiní

Celkem 20 žen (80 %) užívalo v posledních dnech některou z návykových látek injekčně. Pouze 5 osob (20 %) užilo psychoaktivní substance jiným způsobem. Intravenózní užívání drog mají v anamnéze všechny klientky zkoumané populace. Co se týká sdílení injekčního náčiní, celoživotně je má v anamnéze 11 osob (44 %), v posledních 30 dnech pak 4 klientky (16 %). Celkem 14 žen (56 %) nesdílelo nikdy a 21 (84 %) ani v uplynulém měsíci (viz graf č. 3).

Graf č. 3: Intravenózní užívání drog a sdílení injekčního náčiní



6.5 Vzorce užívání návykových látek v těhotenství

Celkem 21 žen výzkumného vzorku (84 %) kouřilo tabákové výrobky 30 dní před zjištěním těhotenství každý den, jedna osoba (4 %) 10 dní v měsíci a 3 klientky ze zkoumané populace (12 %) nekouřily vůbec. Průměrný počet dní byl 29,1 na osobu. Alkohol v malém množství konzumovalo měsíc před zjištěním těhotenství celkem 21 osob (84 %), opilost uvádí o 1 ženu méně (tedy 20, což je 80 %). Malé množství alkoholu v období 5-30 dní, opilost pak 1-30. Průměr užití alkoholu byl 21,2 dní na osobu a opilosti 17. Celkem 15 osob ze zkoumané populace (60 %) neužilo měsíc před zjištěním těhotenství heroin, 19 (76 %) Subutex ani Suboxone, 23 (92 %) metadon a 23 jiné opiáty. Pervitin nebo jiné amfetaminy konzumovalo v období před zjištěním gravidity 21 klientek výzkumného vzorku (84 %). Nejméně užívaly ženy pervitin 10 dní, nejvíce 30. Průměrný počet dní byl 26,4 na osobu. Celkem 19 uživatelék (76 %) uvedlo abúzus kanabinoidů v období 30 dnů před zjištěním těhotenství. Minimálně v 10 dnech, maximálně pak ve 30. Průměr činil 22,9 na osobu. Žádná klientka (100 %) neužila ve výše uvedeném období ani jednu kokain či jinou drogu, která zde nebyla jmenována. Podobně na tom byl abúzus těkavých rozpouštědel, která užíla pouze 1 klientka (4 %) a to celkem 5 dní, a užívání halucinogenů, jež užíly 2 ženy z výzkumného vzorku (8 %) a to celkem 5 dní ve 30 dnech před zjištěním gravidity. Průměrný počet dní na osobu byl tedy u těkavých rozpouštědel i halucinogenů 5. Vše můžeme vidět v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Užívání návykových látek 30 dní před zjištěním těhotenství

droga	počet (n=25)	%	minimum (dny)	maximum (dny)	průměr (dny)
Tabákové výrobky	22	88	10	30	29,1
Alkohol - i malé množství	21	84	5	30	21,2
Alkohol - opilost	20	80	1	30	17
Heroin	10	40	10	30	25,5
Subutex/Suboxone	6	24	5	30	19,2
Metadon	2	8	10	30	20
Jiné opiáty, analgetika	2	8	1	5	3
Sedativa, anxiolytika, hypnotika	5	20	10	30	24
Pervitin a jiné amfetaminy	21	84	10	30	26,4
Halucinogeny (houby, LSD)	2	8	5	5	5
Marihuana, hašiš	19	76	10	30	22,9
Těkavá rozpouštědla (toluen)	1	4	5	5	5
Nové syntetické drogy	5	20	2	10	8,4

V průběhu I. trimestru gravidity nezměnilo své uživatelské návyky v užívání tabákových výrobků 12 klientek (48 %), 7 (28 %) tak neučinilo ani ve II. a 1 osoba (4 %) ve III. trimestru. Co se týká užívání alkoholu v malém množství, abúzus omezilo v I. trimestru 8 klientek (32 %), ve druhém 7 (28 %) a ve třetím 4 (16 %). Celkem 8 žen (32 %) omezilo stavy opilosti v I., 4 ženy ve II. a 2 ve III. trimestru. Vzorce abúzu Subutexu/Suboxonu byly shodné u klientek v I. a II. trimestru gravidity – 4 ženy (16 %) užívání zvýšily, 3 (12 %) nezměnily množství a 2 (8 %) snížilo. Ve III. trimestru zvýšily

užívání této substituční látky 2 osoby (8 %). Co se týká metadonu, v I. trimestru zvýšila užívání 1 klientka a ve II. a III., 3 ženy (12 %). Jiné opiáty či analgetika užívaly v I. trimestru pouze 2 osoby (8 %), z toho 1 v první třetině těhotenství přestala. Do konce gravidity v užívání tedy pokračovala pouze 1 klientka (4 %) Abúzus sedativ, anxiolytik a hypnotik zvýšila v I. trimestru 1 žena. Žádná z klientek v průběhu těhotenství nevyššíla užívání pervitinu ani jiných amfetaminů. Omezení abúzu uvádí v I. trimestru 11 žen (44 %), ve druhém 9 (36 %) a ve třetím 7 (28 %). Celkem 10 osob (40 %) uvádí omezení konzumace kanabinoidů v I. trimestru, 3 ve druhém a o jednu méně ve třetím. Žádná z klientek užívání nevyššíla. Celkem 20 žen (80 %) popíralo abúzus nových syntetických návykových látek v I. trimestru, o dvě více ve II. a III. Užívání nevyššíla v průběhu celého těhotenství žádná z žen zkoumané populace. Kokain ani jiné návykové látky, které zde nebyly uvedeny, neužívala v průběhu těhotenství ani jedna z klientek výzkumného vzorku. Podobně tomu bylo u těkavých rozpouštědel, které užívala jediná klientka. Ta s abúzem v I. trimestru přestala a po zbytek gravidity je neužívala žádná z uživatelék ze zkoumané populace. Užívání halucinogenů v průběhu celého těhotenství negovalo celkem 23 osob (92 %), zbývající 2 postupně omezovaly konzumaci v I. i II. trimestru a na konci III. přestaly úplně. Více informací o abúzu drog v průběhu gravidity viz tabulka č. 9. Trendy užívání psychoaktivních látek pak ukazuje graf č. 4.

Tabulka č. 9: Vzorce užívání návykových látek v průběhu těhotenství

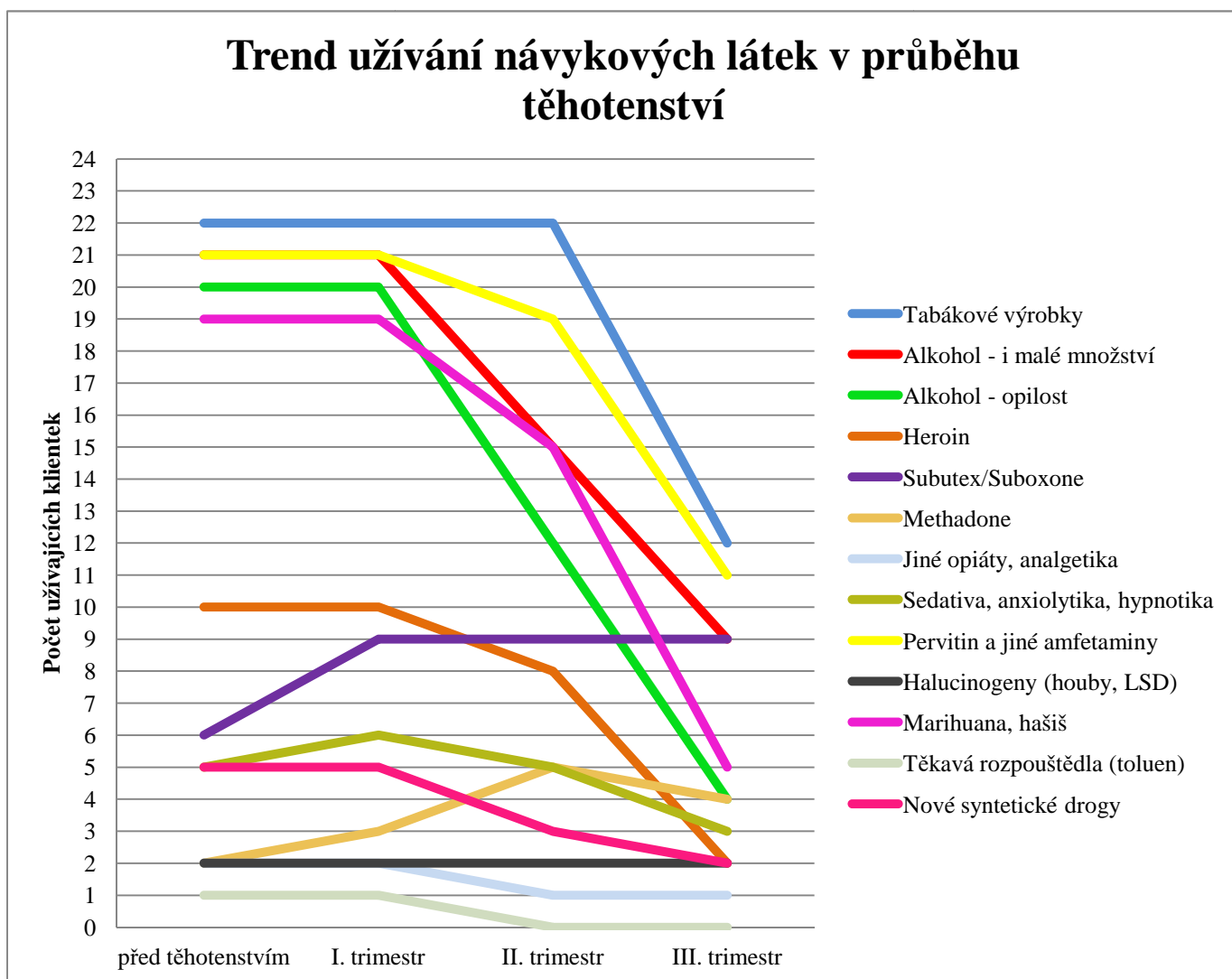
Užívaná droga	I. trimestr					II. trimestr					III. trimestr				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Tabákové výrobky	0	12	10	0	3	0	7	6	9	3	0	1	11	1	12
Alkohol - i malé množství	0	7	8	6	4	0	2	7	6	10	0	1	4	4	16
Alkohol - opilost	0	4	8	8	5	0	0	4	8	13	0	0	2	2	21
Heroin	0	3	5	2	15	0	1	1	6	17	0	0	0	2	23
Subutex/Suboxone	4	3	2	0	16	4	3	2	0	16	2	3	3	1	16
Metadon	1	1	1	0	22	3	0	2	0	20	3	0	1	0	21
Jiné opiáty, analgetika	0	0	1	1	23	0	0	1	0	24	0	0	1	0	24
Sedativa, anxiolytika, hypnotika	1	0	4	1	19	0	1	2	2	20	0	0	3	0	22
Pervitin a jiné amfetaminy	0	8	11	2	4	0	3	9	7	6	0	2	7	3	13
Halucinogeny (houby, LSD)	0	0	2	0	23	0	0	2	0	23	0	0	0	2	23
Marihuana, hašiš	0	5	10	4	6	0	3	3	9	10	0	1	2	3	19
Těkavá rozpouštědla (toluen)	0	0	0	1	24	0	0	0	0	25	0	0	0	0	25
Nové syntetické drogy	0	1	2	2	20	0	1	2	0	22	0	0	1	2	22

Vysvětlivky: A-zvýšila, B-žádná změna, C-omezila, D-přestala, E-vůbec neužívala

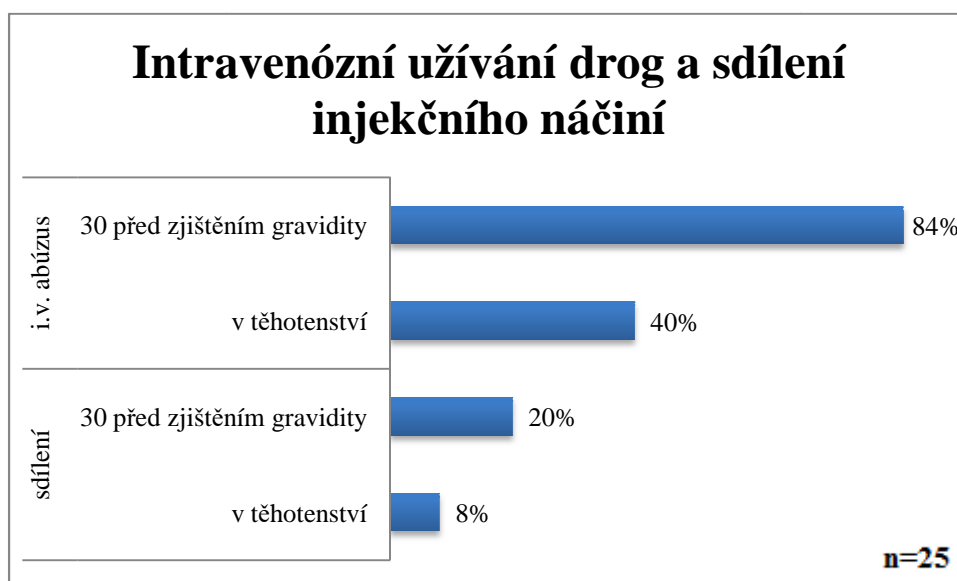
n=25

Celkem 21 žen (84 %) užívalo intravenózně některou z drog v období 30 dní před zjištěním těhotenství. Pouze 4 klientky (16 %) zvolilo k užití návykové látky jiný způsob. Intravenózní abúzus v těhotenství uvedlo 10 osob (40 %) a negovalo jej 15 žen (60 %). Injekční náčiní sdílelo 30 dní před zjištěním těhotenství celkem 5 osob (20 %), intravenózní abúzus negovalo 20 žen (80 %). V graviditě sdílely pouze 2 klientky (8 %), vlastní „nádobíčko“ mělo 23 osob. Vše můžeme vidět na grafu č. 5.

Graf č. 4: Trend užívání návykových látek v průběhu těhotenství



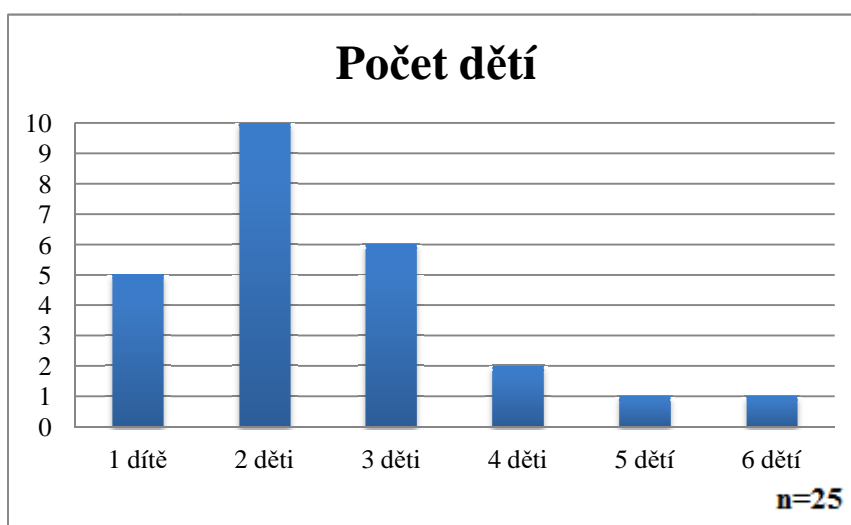
Graf č. 5: Intravenózní užívání drog a sdílení injekčního náčiní v graviditě



6.6 Porody, narozené děti a potraty

Nejčastěji měly klientky ze zkoumaného vzorku 2 potomky (celkem 10 žen – 40 % zkoumané populace). U jedné uživatelky zemřelo její druhé dítě několik hodin po porodu. Podle pitevní zprávy na komplikace způsobené užíváním kombinace návykových látek (opiátů, pervitinu a alkoholu) v těhotenství. Dalším častým počtem byly 3 děti (6 žen – 24 % vzorku) následované 1 dítětem (u 5 klientek – celkem 20 %). Nejvyšší počet dětí u 1 ženy bylo 6 a u 1 klientky 5 potomků. U 2 klientek zkoumaného vzorku se vyskytl počet 4 potomků, to ukazuje graf č. 6.

Graf č. 6: Počet dětí u klientek zkoumaného vzorku



V populaci žen, které se zúčastnily průzkumu, se narodilo celkem 62 dětí. Co se týká jejich věku, nejvíce dětí bylo v rozmezí 1-5 let (celkem 24, což je 38,7 % všech narozených dětí u našich uživatelky). Druhou nejpočetnější skupinou je 11-15 let, kam patří 10 dětí (16,1 % ze všech) a dále pak mladší 1 roku, 6-10 let a 16-20 let – všechny tyto s počtem 7 dětí, což je 11,3 %. Celkem 6 potomků žen ze zkoumaného vzorku bylo starší 20 let. Jedno dítě zemřelo těsně po porodu. Toto vše ukazuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10: Věk dětí klientek

věk	počet	%
méně než 1 rok	7	11,3
1-5 let	24	38,7
6-10 let	7	11,3
11-15 let	10	16,1
16-20 let	7	11,3
20+	6	9,7
zemřelo po porodu	1	1,6
celkem	62	100

U žen ve zkoumaném vzorku bylo zaznamenáno celkem 114 těhotenství. Z toho 45,7 % tvořily potraty – 15 (13,1 %) spontánních potratů a 37 (32,5 %) interrupcí – a 54,4 % porodů. U 15 klientek (60% zkoumaného vzorku) se nevyskytl ani jeden spontánní potrat, celkem 7 žen (28 %) prodělalo 1 za život, 2 osoby 2 a 1 uživatelka potratila celkem 4x. Stejný počet klientek (15 – 60% zkoumaného vzorku) nemělo za život žádnou interrupci. Nejčastější počet umělých ukončení těhotenství bylo 3x a to celkem u 3 žen (12 % vzorku), což tvořilo celkem téměř čtvrtinu interrupcí u zkoumané populace. Nejvíce prodělaných umělých ukončení těhotenství – celkem 7 – prodělala 1 klientka. Co se týká četnosti těhotenství, nejčastěji byly klientky těhotné 2 x a to v 8 případech (32 % zkoumaného vzorku), následované 3 těhotenstvími za život u 5 klientek (20 %). Celkem 2 uživatelky ze zkoumané populace byly gravidní více než 10 x, přesněji 11 x a 13 x. Konkrétně četnost potratů i těhotenství u klientek ukazuje tabulka č. 11.

Tabulka č. 11: Četnost spontánních potratů, interrupcí a těhotenství u klientek zkoumaného vzorku

počet	spontánní potrat		interrupce		těhotenství celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
0	15	60	15	60	0	0
1	7	28	1	4	1	4
2	2	8	2	8	8	32
3	0	0	3	12	5	20
4	1	4	0	0	2	8
5	0	0	2	8	2	8
6	0	0	1	4	1	4
7	0	0	1	4	0	0
8	0	0	0	0	3	12
9	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	1	4
> 10	0	0	0	0	2	8
celkem	25	100	25	100	25	100

6.7 Rizikové sexuální chování a reprodukční zdraví

Většina (64 %) uživatelék návykových látek, které byly součástí výzkumného vzorku, se nechává pravidelně testovat na infekční onemocnění. Celkem 8 klientkám (32 %) nebyly nikdy provedeny testy na infekční choroby. Některé z dotazovaných žen ani nevěděly o možnosti bezplatného testování. Pouze jedna osoba ze zkoumané populace (4 %) vybrala v dotazníku odpověď, že na testy chodit nemusí, protože při sexu používá kondom. Vše ukazuje tabulka č. 12.

Z celkového počtu 16 (64 %) pravidelně testovaných osob bylo 9 testů pozitivních na některé z infekčních onemocnění. Jmenovitě 4 klientky (16 %) měly pozitivní test na hepatitidu typu C, 3 na hepatitidu typu B a dvě na chlamydie. Všechny testy vyšly

negativní u 7 žen z výzkumného vzorku (28 %). Jak již bylo uvedeno výše, 9 osob se na infekční choroby testovat nenechalo. Vše detailně ukazuje graf č. 7.

Tabulka č. 12: Testování na infekční choroby

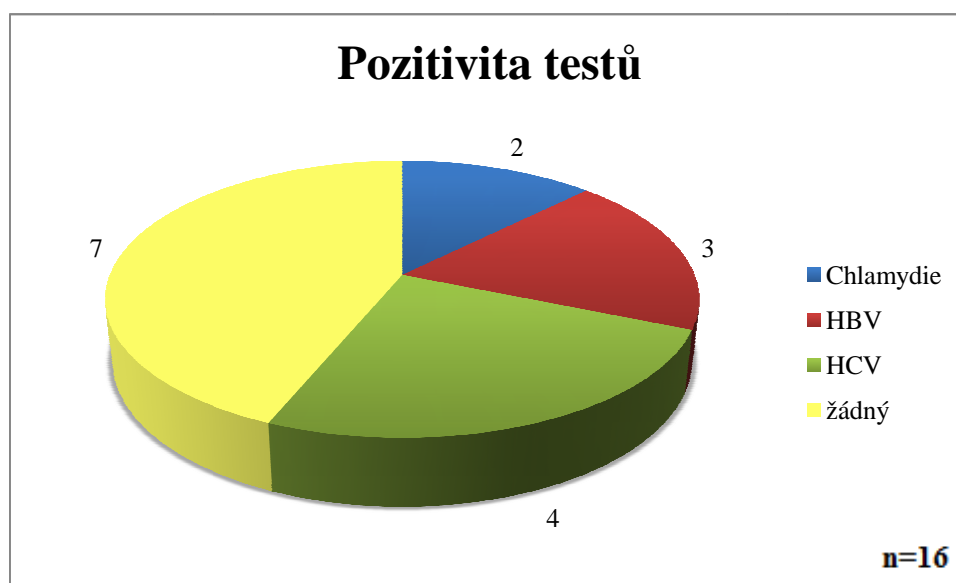
testování	počet	%
ANO	16	64
Ne, při sexu používáme kondom	1	4
Nikdy jsem nebyla testována	8	32
celkem	25	100

Co se týká užívání kontracepce u uživatelů návykových látek ze zkoumané populace, celkem 15 žen (60 %) nevyužívá žádnou z možností. Ani jedna z klientek též nevyužila možnost chirurgické sterilizace a pouze 1 žena (4 %) má zavedeno nitroděložní tělísko. Různé druhy hormonální antikoncepce užívají 3 z dotazovaných žen (12 %). Možnost bariérové kontracepce využívá téměř čtvrtina dotazovaných klientek – a to 6 žen, což je 24 % (viz tabulka č. 13).

Tabulka č. 13: Typy užívané antikoncepce

typ antikoncepce	počet	%
hormonální	3	12
bariérová	6	24
nitroděložní tělísko	1	4
chirurgická sterilizace	0	0
žádná	15	60
celkem	25	100

Graf č. 7: Pozitivita testů na infekční nemoci u klientek ze zkoumané populace



V tabulce č. 14 můžeme vidět počet sexuálních partnerů u klientek výzkumného vzorku za posledních 30 dní. Nejvíce žen (celkem 7, což je 28 %) ze zkoumané populace mělo v uplynulých 30 dnech pohlavní styk pouze s jedním mužem. Druhou nejpočetnější skupinou čítající 4 klientky (16 %), jsou osoby, které měly sex se dvěma muži. Celkem 3 uživatelky (12 %) uvedly, že za poslední měsíc neměly pohlavní styk ani s jedním mužem. Stejný počet klientek (12 %) odpověděl, že provozovaly sex s 15 muži. Dvě osoby (8 %) poskytovaly v uplynulém měsíci sexuální služby celkem 90 mužům, další 2 (8 %) 100 osobám mužského pohlaví. Shodně 1 žena (celkem 24 % ze zkoumané populace) uvedla v posledních 30 dnech 3, 5, 75, 100, a 135 sexuálních partnerů.

Tabulka č. 14: Počet sexuálních partnerů za posledních 30 dní

počet mužů	četnost u klientek	%
0	3	12
1	7	28
2	4	16
3	1	4
5	1	4
15	3	12
75	1	4
90	2	8
100	2	8
135	1	4
celkem	25	100

Celkem 9 klientek (36 %) nemělo v uplynulých 30 dnech ani jeden pohlavní styk bez použití kondomu. V návaznosti na tabulku č. 14 musíme z tohoto počtu odečíst 3 ženy (12 %), jež neměly žádný pohlavní styk za poslední měsíc. Prezervativ tedy používalo pravidelně 6 osob (24 %). Celkem 4 uživatelky (16 %) absolvovaly bez použití kondomu 15 pohlavních styků, o jednu méně (tedy 3 – 12 %) pak 10. Dvě klientky (8 %) provozovaly sex bez prezervativu celkem 30 x. V řadě 2, 4, 20, 25, 100, 110 a 135 pohlavních styků bez ochranných prostředků mělo dohromady 5 klientek, což je 20 % ze zkoumané populace. Vše detailně ukazuje tabulka č. 15.

V tabulce č. 12 a 16 vidíme, že z celkového počtu 16 testovaných klientek (64 %), bylo v některém z testů na infekční choroby pozitivních 9 žen (36 % ze zkoumané populace). Z nich neuzily při sexu prezervativ dohromady 4 ženy (16 % výzkumného vzorku). Více jak polovina z pozitivních klientek (5 osob, což je 20 %) kondomy užívala. Celkově tedy proběhlo 170 nechráněných pohlavních styků s pozitivními užívatelkami. Z toho 30 styků bez kondomu s ženami HBV pozitivními, 125 s klientkami s HCV a 15 s užívatelkami nakaženými chlamydiemi.

Tabulka č. 15: Počet pohlavních styků bez použití kondomu za posledních 30 dní

počet styků	četnost u klientek	%
0	9	36
2	1	4
4	1	4
10	3	12
15	4	16
20	1	4
25	1	4
30	2	8
100	1	4
110	1	4
135	1	4
celkem	25	100

Tabulka č. 16: Počet nechráněných pohlavních styků u klientek s pozitivním testem na některou z infekčních nemocí (n=9)

infekční choroba	pozitivní klientky		nechráněné styky celkem
	užívající kondom	neužívající kondom	
HBV	2	1	30
HCV	2	2	125
chlamydie	1	1	15
celkem	5	4	170

Poskytování sexu za úplatu má v anamnéze nadpoloviční většina klientek ze zkoumané populace. A to celkem 14 žen (56 %). Dohromady 11 uživatelek (44 %) uvedlo, že nikdy neprovozovaly placený sex. V uplynulých 30 dnech poskytovalo sexuální služby za úplatu celkem 9 osob (36 %). Zbýlých 16 (64 %) si za poslední měsíc nenechalo za sex platit. Vše ukazuje tabulka č. 17.

Tabulka č. 17: Poskytování sexu za úplatu

sex za úplatu	v posledních 30 dnech		celoživotně	
	počet	%	počet	%
ANO	9	36	14	56
NE	16	64	11	44
celkem	25	100	25	100

6.8 Gynekologická péče a bariéry vstupu do péče v aktuální situaci u klientek

Celkem 19 klientek zkoumané populace (76 %) je registrovaná u gynekologa. Avšak pouze 12 z nich (48 % výzkumného vzorku a přibližně 63,2 % z registrovaných) dochází na pravidelné lékařské prohlídky. Stejný počet klientek též navštíví lékaře ihned v případě nějakého gynekologického problému (krvácení mimo cyklus, výtoky apod.). Celkem 6 žen (24 %) výzkumného vzorku gynekologa nemá a 13 uživatelek nedochází pravidelně na gynekologické preventivní prohlídky. Vše ukazují tabulky č. 18 a 19.

Jak již bylo uvedeno výše, v případě výtoku, krvácení apod. jde 12 osob k lékaři ihned. Přetrvává-li gynekologický problém, navštíví zdravotnické zařízení další 4 klientky (16 % zkoumané populace). Nikdy ke gynekologovi, i v případě problému, nechodí celkem 9 uživatelék výzkumného vzorku (36 %). Dohromady tedy 3 ženy nenavštíví lékaře, i když jsou u něj registrované (viz tabulky č. 18 a 19).

Tabulka č. 18: Gynekologická péče u klientek ze zkoumané populace

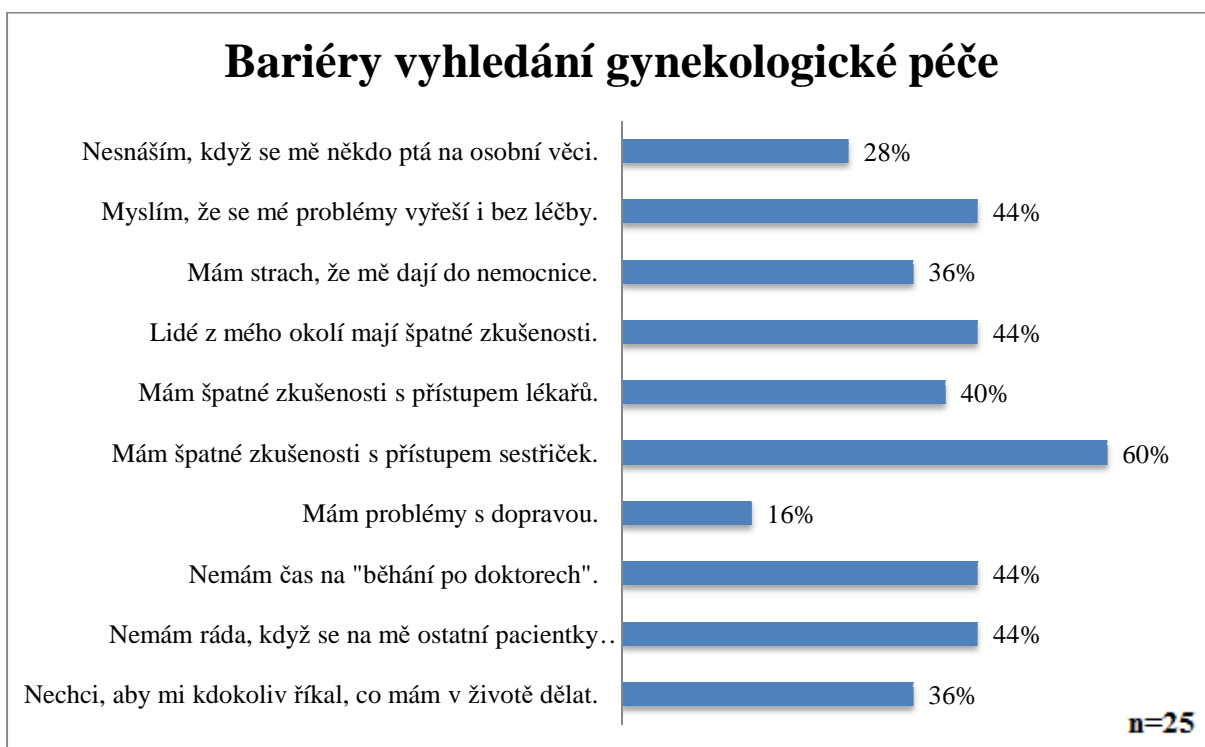
gynekologická péče	gynekolog		pravidelné prohlídky	
	počet	%	počet	%
ANO	19	76	12	48
NE	6	24	13	52
celkem	25	100	25	100

Tabulka č. 19: Návštěvnost lékaře v případě gynekologického problému

návštěvnost	počet	%
ANO	12	48
Při delším trvání problému	4	16
Nikdy	9	36
celkem	25	100

Všechny klientky vyjádřily svůj názor alespoň na některý z důvodů, proč nevyhledají lékařskou pomoc při různých zdravotních problémech. S názorem „Nesnáším, když se mě někdo ptá na osobní věci.“ souhlasilo 7 klientek (28 %), odmítly odpovědět 3 ženy (12 %) a ostatní (60 %) s výrokem nesouhlasily. S důvodem „Myslím, že se mé problémy vyřeší i bez léčby.“ souhlasilo 11 klientek výzkumného vzorku (44 %), 2 osoby (8 %) odmítly na dotaz odpovědět a zbytek (48 %) nesouhlasil. Celkem 9 žen (36 %) má strach, že budou hospitalizovány, a proto nevyhledají lékařskou pomoc, 1 (4 %) odmítla odpovědět a ostatní (60 %) vyjádřily nesouhlas. Důvod „Lidé z mého okolí mají špatné zkušenosti.“ je bariérou vstupu do léčby pro 11 osob (44 %), zbytek (56 %) klientek s výrokem nesouhlasil. Špatný přístup lékařů je překážkou k vyhledání gynekologické péče pro 10 klientek výzkumného vzorku (40 %), 1 osoba (4 %) odmítla odpovědět a ostatní (56 %) to nevidí jako důvod lékaře nenavštívit. Co se týká špatných zkušeností s přístupem zdravotních sester, celkem pro 15 klientek (60 %) je to důvod pro nevyhledání lékařské pomoci, 1 osoba odmítla odpovědět a ostatní vyjádřily nesouhlas (36 %). Problémy s dopravou nejsou důvodem pro nevyhledání lékařské péče pro 21 uživatelék výzkumného vzorku (84 %), 4 ženy (16 %) s názorem souhlasily. Pro 11 žen (44 %) je problémem, proč nevyužívají lékařskou pomoc, že nemají čas na „běhání po doktorech“, pro ostatní (56 %) toto není bariérou vstupu do péče. Podobně na tom byl i názor „Nemám ráda, když se na mě ostatní pacientky divně dívají.“, kde souhlasilo též 11 osob (44 %), 1 (4 %) odmítla odpovědět a pro zbytek (52 %) to není důvodem, proč lékaře nenavštívit. S důvodem „Nechci, aby mi kdokoliv říkal, co mám v životě dělat.“ Souhlasilo celkem 9 osob (36 %), nesouhlasilo 60 % a 1 uživatelka (4 %) odmítla odpovědět na tuto otázku. Bariéry vyhledání gynekologické péče a jejich procentuální zastoupení ve výzkumném vzorku ukazuje graf č. 8.

Graf č. 8: Bariéry vyhledání gynekologické péče (podíl žen, které vyjádřily souhlas s daným výrokiem)



6.9 Poslední těhotenství a porod

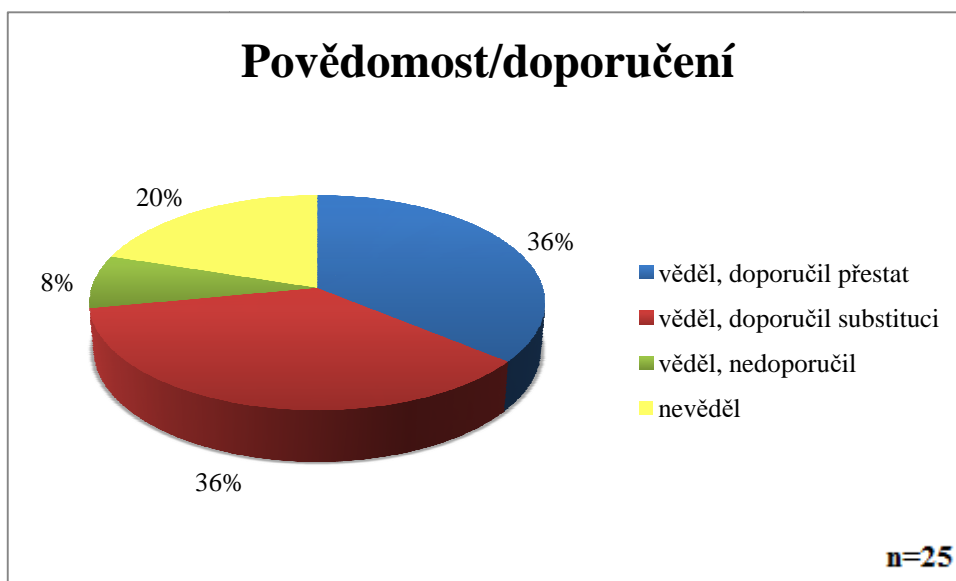
Celkem 15 užívatelky (60 %) docházelo na pravidelné lékařské prohlídky po dobu celého těhotenství, 4 klientky (16 %) navštěvovaly gynekologa v těhotenství pravidelně pouze od 36. gestačního týdne, do té doby chodily nepravidelně. Vůbec nedocházelo na kontroly 6 žen (24 %). Žádná z užívatelky ze zkoumaného vzorku nevybrala možnost „pouze do 36. gestačního týdne, dále nepravidelně“. Vše ukazuje tabulka č. 20.

Tabulka č. 20: Pravidelné gynekologické prohlídky v těhotenství

pravidelnost docházení	počet	%
ano, po celou dobu	15	60
pouze do 36.GT, dále nepravidelně	0	0
do 36. GT nepravidelně, pak pravidelně	4	16
nedocházela	6	24
celkem	25	100

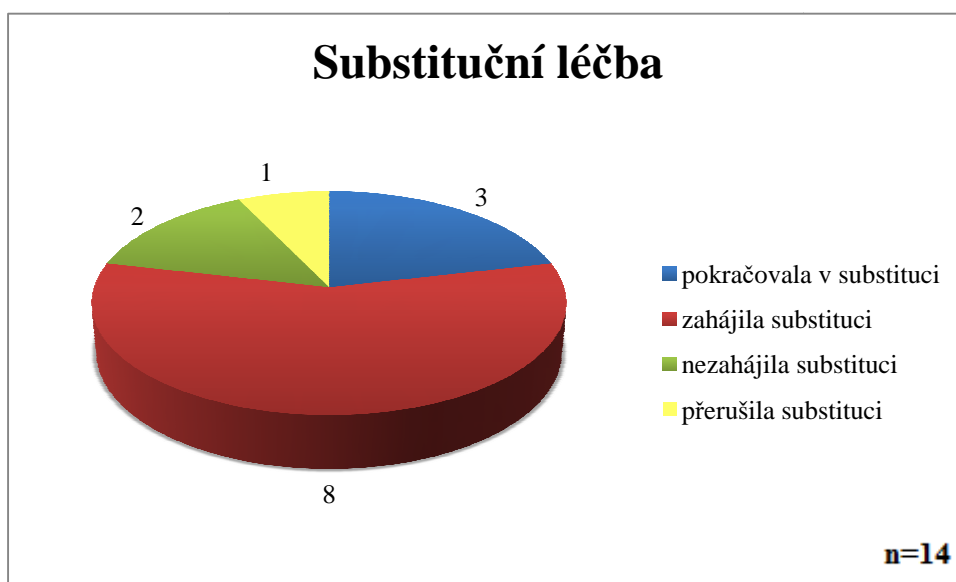
Na otázku „Věděl Váš ošetřující lékař (gynekolog) o Vaší závislosti? Doporučil Vám přestat, popř. přejít na substituci?“, odpovědělo 5 žen (20 %), že ošetřující lékař o závislosti nevěděl a 2 klientky (8 %), že věděl, ale nedoporučil nic. Shodně 9 žen (celkem tedy 72 %), že gynekolog o závislosti věděl a doporučil přestat užívat nebo přejít na substituční léčbu. Vše ukazuje graf č. 9.

Graf č. 9: Povědomost gynekologa o závislosti klientky a jeho doporučení



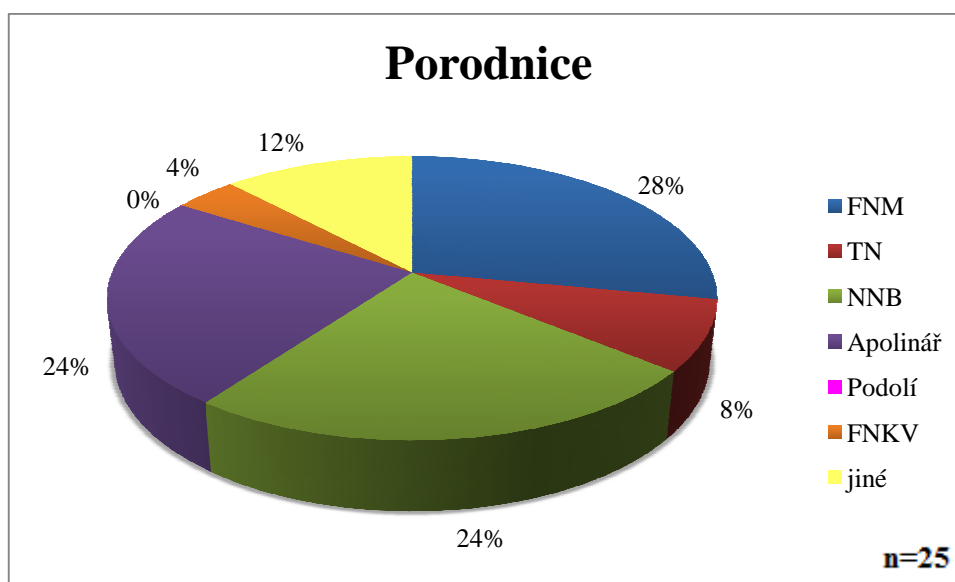
Substituční léčbu v těhotenství zahájilo 8 indikovaných klientek (32 % z výzkumného vzorku), z doby před zjištěním těhotenství v ní pokračovaly 3 ženy (12 % celkového počtu), 1 uživatelka (4 % zkoumané populace) substituční léčbu v graviditě přerušila a 2 osoby (8 % ze všech) ji nezačaly. Zbývajících 11 žen (44 %) nebylo k substituční léčbě indikováno. Složení klientek indikovaných k substituční léčbě v těhotenství ukazuje graf č. 10.

Graf č. 10: Substituční léčba v těhotenství u indikovaných klientek



Co se týká porodnic, které klientky využívaly, pouze 3 ženy porodily své poslední dítě mimo Prahu – v Hořovicích, Chrudimi a Neratovicích. Ostatní uživatelky rodily v některé z pražských porodnic. Z grafu č. 10 můžeme vyčíst, že nejvíce využívaná porodnice mezi ženami ze zkoumané populace byla Gynekologicko-porodnická klinika 2.LF UK Fakultní nemocnice v Motole (FNM) a to s počtem 7 uživatelek (28 %). Těsně ji následovaly Gynekologicko-porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce (NNB) a Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN (U Apolináře), kde porodilo své poslední dítě shodně 6 osob ze zkoumané populace (celkem tedy 48 %). Na Gynekologicko-porodnickém oddělení Thomayerovy nemocnice (TN) rodily 2 uživatelky z výzkumné populace (8 %). Pouze jedna klientka využila Gynekologicko-porodnickou kliniku ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV). Žádná z žen z výzkumného vzorku nerodila v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí (viz graf č. 11).

Graf č. 11: Porodnice využívané klientkami



Tabulka č. 21 ukazuje, že většina klientek (18 – 72 %) výzkumného vzorku porodila své poslední dítě v období plánovaného data porodu (39.-40. gestační týden). Porod po určeném termínu (41.-42.GT) uvedly 2 ženy (8 %), v období před plánovaným porodem celkem 5 klientek (20 %), z toho 3 ženy (12 %) ve 33.-34. gestačním týdnu, 1 ve 35.-36.GT a 1 ve 37.-38.GT. Žádná z uživatelek zkoumané populace nevedla porod před 32. gestačním týdnem.

Tabulka č. 21: Gestační týden porodu

gestační týden	počet	%
do 32.GT	0	0
33.-34.GT	3	12
35.-36.GT	1	4
37.-38.GT	1	4
39.-40.GT	18	72
41.-42.GT	2	8
celkem	25	100

Podle uživatelék zkoumaného vzorku nevěděli porodníci o jejich závislosti celkem ve 3 případech (12 %), 22 lékařů (88 %) o užívání návykových látek klientkami vědělo. Chování se změnilo u 9 z nich (36 %) z toho 5 k lepšímu (20 % z celkového počtu, 22,7 % z těch, kteří o závislosti věděli) a 4 (16 % z celkového počtu, 18,2 % z těch, co o závislosti věděli) k horšímu. Celkem 5 klientek (20 %) nevědělo, zda se změnilo chování porodníka po tom, co se dozvěděl o užívání návykových látek. U 8 lékařů (32 % z celkového počtu, 36,4 % z těch, co o závislosti věděli) se jejich přístup ke klientkám nezměnil. To vše blíže vidíme v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22: Povědomost porodníka o závislosti a změna jeho chování

povědomost/změna chování		počet	%
ANO	změna k lepšímu	5	20
	změna k horšímu	4	16
	nevím	5	20
	nezměnil	8	32
Nevěděl		3	12
celkem		25	100

Celkem 15 klientek (60 %) uvedlo, že dostaly při porodu dostatečné množství tišících prostředků proti bolesti. Na druhou stranu, 15 žen (36 %) na tuto otázku odpovědělo, že dostatek léků nedostalo. Pouze jedna žena (4 %) řekla, že nechtěla žádné opiáty ani analgetika. To vše ukazuje tabulka č. 23.

Tabulka č. 23: Dostatek léků proti bolesti při porodu

léky proti bolesti	počet	%
ANO	15	60
NE	9	36
Nechtěla	1	4
celkem	25	100

Episiotomie (nastřížení hráze ve 2. době porodní jako prevence roztržení při průchodu plodu) byla provedena celkem 7 klientkám (28 %), z toho 6 osob s ní souhlasilo a v jednom případě byla provedena bez souhlasu. Celkem 11 ženám (44 %) nebyla episiotomie provedena, 3 osob (12 %) se na tuto možnost nikdo neptal, 3 uživatelky chtěly, i přesto jim provedena nebyla a u 5 klientek nebylo výkonu třeba, protože rodily Císařským řezem. Celkem 7 žen (28 %) neví, zda jim lékaři zákrok provedly. Vše ukazuje tabulka č. 24.

Délka hospitalizace klientek po porodu byla různá a pohybovala se od 1 do 10 dní. Nejčastěji byly ženy pod dohledem lékařů 4 dny – celkem 11 osob (44 %), 6 uživatelék (24 %) zůstalo v porodnici v délce 6 až 10 dní. Pouze 1 osoba (4 %) pobyla

v nemocnici 5 dní. Přibližně 24 hodin byly hospitalizovány 3 ženy (12 %). Shodně 2 klientky (celkem 16 %) zůstaly v porodnici 2 a 3 dny (viz tabulka 25).

Tabulka č. 24: Provedení episiotomie při porodu

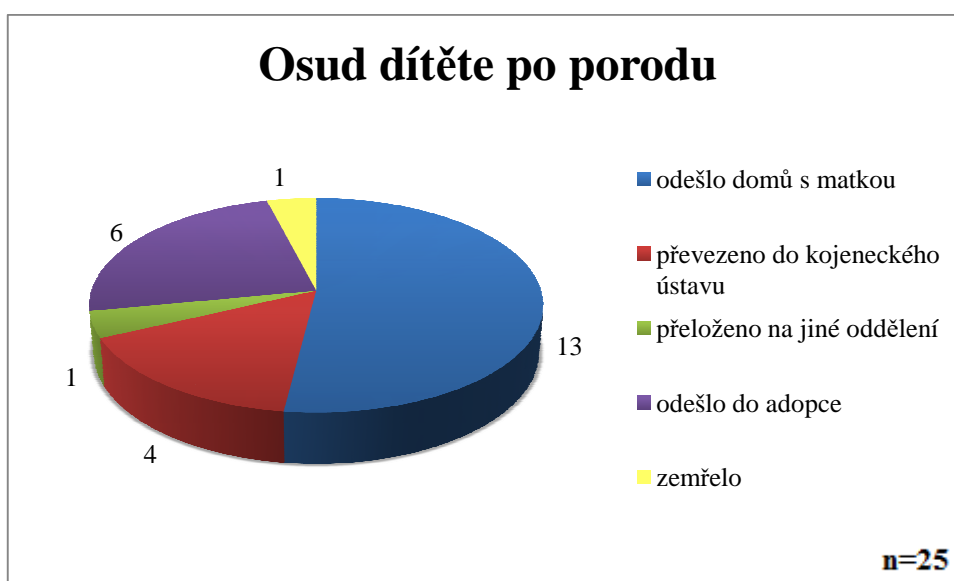
episiotomie		počet	%
ANO	se souhlasem klientky	6	24
	bez souhlasu klientky	1	4
NE	nikdo se neptal	3	12
	chtěla jsem	3	12
	měla jsem CŘ	5	20
NEVÍM		7	28
celkem		25	100

Tabulka č. 25: Délka hospitalizace

dny	četnost	%
1	3	12
2	2	8
3	2	8
4	11	44
5	1	4
6 až 10	6	24
celkem	25	100

Co se týká další péče o novorozence po porodu, více jak polovina potomků (13 dětí, což je 52 %) odešla s matkami domů. Druhou největší skupinou byli novorozenci, které odešli do adopce – celkem 6 (24 %), následované 4 dětmi (16 %) převezenými do kojeneckého ústavu. Pouze 1 z potomků (4 %) byl kvůli zdravotním komplikacím přeložen na jiné oddělení nemocnice. Jeden z novorozenců zemřel záhy po porodu. Vše ukazuje graf č. 12.

Graf č. 12: Osud dítěte po porodu



Co se týká edukace správné techniky kojení, nadpoloviční většina klientek (56 %) uvedla, že v porodnici byly edukovány. Zbývajících 11 uživatelů (44 %) personál techniku kojení nenaučil. To ukazuje tabulka č. 26.

Tabulka č. 26: Edukace správné techniky kojení

edukace	počet	%
ANO	14	56
NE	11	44
celkem	25	100

Celkem 13 žen zkoumané populace (52 %) vůbec nekojilo, 4 kojily (16 %) méně než 6 měsíců, celkem 7 osob (28 %) v období 6 až 12 měsíců a pouze 1 z klientek (4 %) kojila více než 1 rok (viz tabulka č. 27).

Tabulka č. 27: Délka kojení

kojení	počet	%
nekojila	13	52
méně než 6 měsíců	4	16
6 až 12 měsíců	7	28
více než 12 měsíců	1	4
celkem	25	100

Celkem 4 klientky (16 %) v průběhu kojení užívaly návykové látky. Naopak, 8 žen ze zkoumané populace (32 %) drogy při kojení neužívala (viz tabulka č. 28). Jak již ukázala tabulka č. 28, dohromady 13 žen nekojilo vůbec.

Tabulka č. 28: Užívání drog v průběhu kojení

užívání drog	počet	%
ANO	4	16
NE	8	32
netýká se	13	52
celkem	25	100

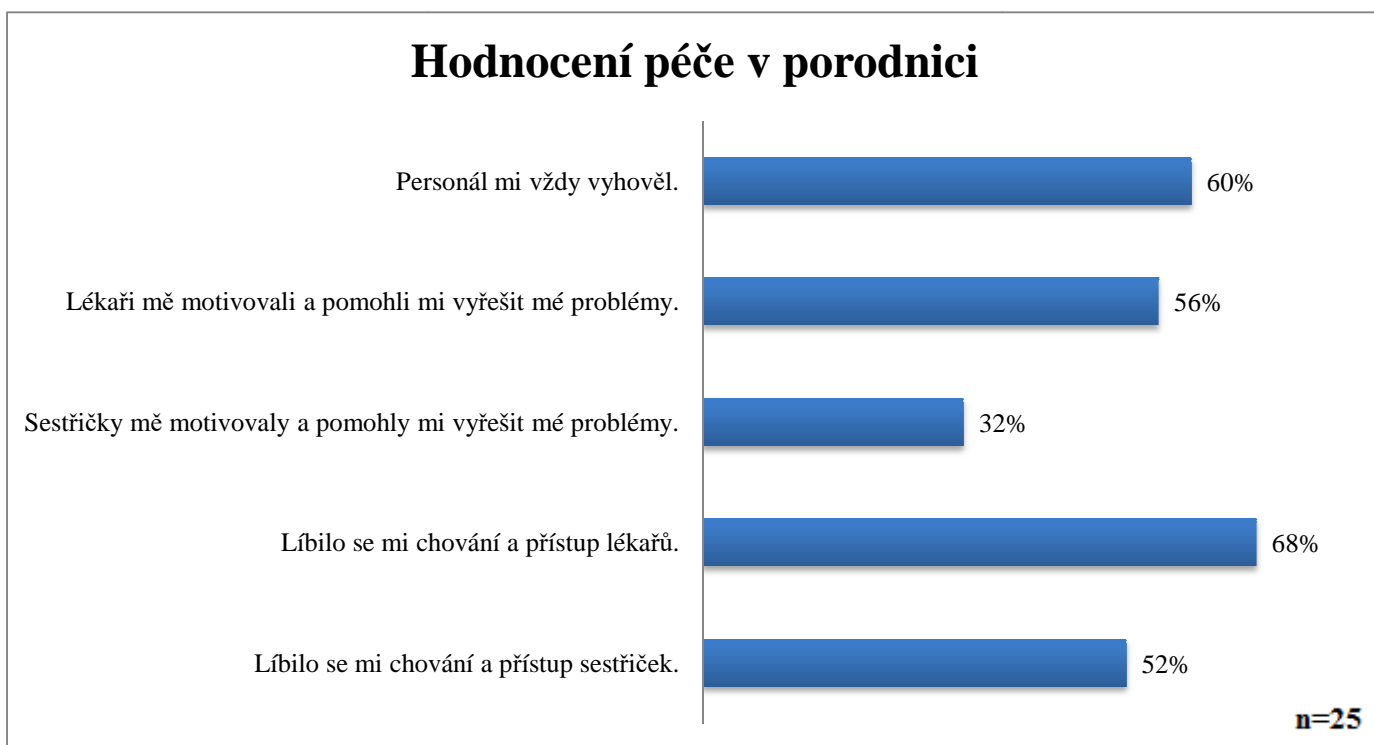
S péčí v porodnici bylo spokojeno celkem 18 klientek (72 %), zbývajících 7 osob (28 %) spokojeno nebylo, z toho 1 (4 %) kvůli přístupu sester na gynekologicko-porodnickém oddělení, péče na neonatologii byla podle nich v pořádku. Dalších 6 uživatelů (24 %) bylo nespokojeno z důvodu celkového přístupu personálu nemocnice. To vše vidíme v tabulce č. 29.

Tabulka č. 29: Spokojenost s péčí v porodnici

spokojenost	důvod	počet	%
NE	celkový přístup	6	24
	přístup sester na GP odd.	1	4
ANO		18	72
celkem		25	100

Klientky hodnotily péči v porodnici 5 bodech. Graf č. 13 ukazuje souhlas s jednotlivými body. Výsledné procento souhlasujících je součtem odpovědí „rozhodně souhlasím“ a „spíše souhlasím“. Na názor „Personál mi vždy vyhověl.“ odpovědělo kladně 15 klientek (60 %), ostatní (40 %) nesouhlasily. Celkem 14 klientek (56 %) souhlasilo s tím, že je lékaři motivovali a pomohli jim vyřešit jejich problémy. Zbytek žen (44 %) odpovědělo záporně. S názorem „Sestřičky mě motivovaly a pomohly mi vyřešit mé problémy.“ souhlasilo 8 uživatelek (32 %), zbývajících 17 (68 %) vyjádřily nesouhlas. Celkem 17 klientek zkoumané populace (68 %) s tím, že se jim líbilo chování a přístup lékařů, zbytek uživatelek (32 %) nesouhlasil). Chování a přístup zdravotních sester se líbil celkem 13 osobám zkoumané populace (52 %), odpověď „nevím“ vybrala 1 klientka (4 %), nesouhlasilo 11 uživatelek (44 %).

Graf č. 13: Hodnocení péče v porodnici (podíl žen, které vyjádřily souhlas s daným výrokiem)



Diskuse

Výzkumný soubor, který sestává z problémových uživatelů drog kontaktovaných prostřednictvím dvou nízkoprahových programů v Praze. Nemusí být tedy reprezentativní pro všechny problémové uživatelské skupiny užívající návykové látky v těhotenství v ČR, neboť drogová scéna v Praze je velmi specifická. Je historicky nejstarší, její rozvoj spadá do začátku 90. let minulého století (Miovský, Gajdošíková, Skutilová, Zábranský, & Bullington, 2002; Miovský, Zábranský, & Bullington, 2002), je rozsáhlejší (v ČR je odhadováno až 47 700 problémových uživatelů drog, z toho 15 700 v Praze) a charakterizována vysokým výskytem uživatelů opioidů, neboť v Praze tvoří uživatelé opioidů 52 % všech problémových uživatelů drog, zatímco v celé ČR je to pak pouze 24 %. V Praze je odhadováno 73 % všech problémových opiátů v České republice (Mravčík (Ed.), 2015). Samotný výběr nebyl reprezentativní, získávání respondentek bylo poměrně složité a to především z důvodu citlivosti a intimnosti zkoumaných témat, o kterých se některé z dotazovaných žen nechtěly bavit s cizím člověkem. Je tedy nutno dbát opatrnosti při zobecňování výsledků na celou populaci gravidních problémových uživatelů návykových látek v České republice.

Výzkumným nástrojem byl dotazník vyplňovaný, vzhledem ke složitosti – odbornosti některých výrazů, výzkumníkem pomocí řízeného rozhovoru (důvodem bylo především možnost klientek doptat se na věci, kterým by v dotazníku případně nerozuměly). Vzhledem k průřezovému designu byly odpovědi u otázek vztahujících se k minulosti založeny na vzpomínkách, přičemž citlivost témat mohla také odpovědi dále ovlivnit. Anamnestické údaje uvedené dotazovanými ženami nebyly potvrzeny z gynekologické či jiné zdravotní dokumentace, ani klinicky. Výsledky tedy mohou být zatíženy informační systematickou chybou, zejména údaje týkající se citlivých a intimních skutečností, jako jsou např. provedené potraty, počet sexuálních partnerů za poslední měsíc či množství užívané látky v těhotenství.

Nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou mezi uživatelskými ze zkoumané populace je pervitin, v posledních 30 dnech užitý 19 osobami (76 %), následovaný marihuany (16 uživatelů – 64 %) a Subutexem/Suboxonem (11 žen – 44 %), u něhož 2 ženy uvedly, že jej konzumovaly 16 a 17 let. Zde lze pochybovat o validitě informací, protože Subutex byl na trh v České republice uveden až v roce 2001 – jde pravděpodobně o nepřesnost klientčiny odpovědi při uvádění údajů z minulosti.

Průměrný věk prvního užití drogy a její celoživotní prevalence se mění s drogou. V podstatě však částečně kopíruje vzorce užívání. Brzké užití je nejčastější u tabákových výrobků (průměrný věk 12,8 let), alkoholu (v průměru 14 let), marihuany (průměrný věk prvního užití 15,8 let), dále pervitin (v průměru 20,6 let) a heroin (průměrný věk 21,1 roku). Překvapivý je minimální první věk užití heroinu – 12 let, který následuje hned za tabákovými výrobky (10 let), marihuany (11 let) a alkoholem (11 let). Co se týká celoživotní prevalence, tabákové výrobky užívaly klientky průměrně 16,2 let, alkohol v malém množství 15,1 let, marihuanu/hašiš 10,3 let (stejně jako sedativa, anxiolytika a hypnotika – to je s ohledem na ostatní výsledky překvapivé, ale vzhledem k množství klientek, které uvedly užívání těchto léků – 4 (16 %), ne příliš reprezentativní) a pervitin 9,5 roku.

Užívání návykových látek v životě ženy je podle Meierové (2010), mimo jiné, velkou měrou ovlivněno též jejím partnerem – a to ne jen v těhotenství. Má-li klientka partnera neužívajícího drogy, bývá jeho vliv ve smyslu pozitivním – snižování dávky drogy, muž uživatel může pak partnerku ovlivňovat oběma směry. Může mít podíl také na odmítavém postoji klientky k vyhledání gynekologické i jiné péče. Ačkoliv většina uživatelék v těhotenství užívání návykových látek snížila, objevovaly se z jejich strany často otázky, jaký vliv má zvýšení dávky drogy těsně před porodem na jeho průběh. Z další diskuse s klientkami vyplynulo, že se mezi uživatelkami traduje, že užití vysoké dávky návykové látky bezprostředně před porodem urychluje porod a snižuje bolest. Je zřejmé, že např. opiáty svým analgetickým účinkem opravdu mohou snížit porodní bolesti klientky, ale mohou rovněž zkomplikovat situaci při porodu, neboť se v mezidobě mohla snížit tolerance k užívané látce. Nicméně, efekt psychoaktivních látek na průběh porodu je otázkou přesahující rozsah této práce.

Podle Ústavu zdravotnických informací (2015a) je nejčastější kombinací u uživatelék drog kombinace návykové látky s tabákovými výrobky. Další častou kombinací je návyková látka s tabákovými výrobky a alkoholem, což by odpovídalo i u klientek z výzkumného vzorku.

Co se týká injekčního užívání drog v uplynulém měsíci, uvádí jej 20 klientek (80 %), celoživotně pak všechny ženy zkoumané populace a 30 dní před zjištěním těhotenství 21 žen (84 %). V těhotenství se počet intravenózních uživatelék snížil na 10 (40 %), což ukazuje, že jsou ženy v případě dostatečné motivace ochotny injekční aplikaci návykové látky omezit užívat drogy jiným způsobem. Toho by se dalo využít v případných přednáškách či edukačních pohovorech s klientkami o nebezpečnosti injekční aplikace a jejích rizicích. Nabídkou alternativních způsobů užití návykové látky či vysvětlením možností substituční léčby u indikovaných klientek, popř. i sdělení zkušenosti některou z uživatelék, která začala užívat jiným způsobem nebo přešla na substituční terapii, by bylo možné snížit prevalenci intravenózního užívání drog klientkami a tím i problémy a následky s ním související.

Sdílení injekčního náčiní má v anamnéze 11 osob výzkumného vzorku (44 %), v posledních 30 dnech 4 ženy (16 %), měsíc před zjištěním těhotenství 5 klientek (20 %) a v graviditě 2 uživatelky (8 % ze zkoumané populace). Tato čísla jsou však stále dost alarmující a poukazují na nutnost neustálé edukace adiktologických klientů o rizicích sdílení injekčního náčiní, krví přenosných chorobách a jejich důsledcích apod. Důležitost příkládám i zdůraznění faktu, že ani sdílení s partnerem není bezpečné. Někteří z uživatelů totiž považují tuto skutečnost za zcela normální a bezrizikovou.

Hypotéza č. 1, že se v graviditě mění vzorce návykového chování u většiny uživatelék drog, byla tedy výše uvedenými skutečnostmi potvrzena. Převážná část klientek nejen omezila užívání návykových látek, ale téměř všechny přestaly sdílet injekční náčiní (mimo dvou). Pouze 2 ženy z výzkumné populace, indikované k substituční léčbě, nezačaly užívat některou ze substitučních návykových látek.

Podle množství sexuálních partnerů v posledních 30 dnech lze usuzovat, že se celkem 6 osob zkoumané populace (24 %) živí prostitucí a dalších 9 (36 %) je promiskuitních.

Dohromady 7 uživatelky výzkumného vzorku (28 %) má pouze 1 stálého partnera a 3 (12 %) neprovozovaly v uplynulém měsíci sex vůbec. Sex za úplatu poskytlo v uplynulém měsíci celkem 9 žen zkoumané populace (36 %), celoživotně má však poskytování sexuálních služeb za úplatu více jak polovina uživatelky (konkrétně 14 – to je 56 %), což potvrzuje hypotézu č. 2, že většina adiktologických klientek má zkušenost s poskytováním sexu za úplatu.

Celkem bylo u žen ze zkoumané populace zaznamenáno 114 těhotenství, z toho 62 porodů (54,4 %), 37 interrupcí (32,5 %) a 15 spontánních potratů (13,1 %), což potvrzuje hypotézu č. 3, že je množství interrupcí u žen užívajících návykové látky vyšší, než počet spontánních potratů. Proběhlo tedy 52 potratů u klientek zkoumané populace. Uměle ukončená těhotenství tvořila cca 71,2 %, spontánní potraty 28,8 %. Srovnáme-li počet interrupcí výzkumného vzorku a běžné populace, je toto číslo přibližně o 10 % vyšší. Podle ÚZIS ČR (2015b) bylo totiž v roce 2013 zaznamenáno v České republice celkem 60 401 potratů, z toho pak 37 687 uměle ukončených těhotenství, což je cca 62,4 %.

Co se týká antikoncepce, více jak polovina žen z výzkumného vzorku neužívá žádný typ kontracepce. U těch, co ji užívají, je pak nejčastější antikoncepce bariérová. Hormonální kontracepci užívá pouze 12 % žen zkoumaného vzorku. Důvodem je pravděpodobně cenová nedostupnost hormonální antikoncepce pro adiktologické klientky. Další možností může být i to, že v případě tabletové formy je nutné každodenní užívání a pravidelnost medikace, což bývá při chaotickém životním stylu aktivních problémových uživatelky návykových látek dosti obtížné.

Osud dítěte po porodu u zkoumaného vzorku zajisté neodpovídá běžné populaci, protože domů s matkou odešlo pouze 52 % novorozenců. To je v souladu se zjištěními Nechanské, Mravčíka, Sopka a Velebila (2012), že u uživatelky návykových látek je významně vyšší pravděpodobnost, že novorozenec pokračuje po propuštění z novorozeneckého oddělení hospitalizací na jiném pracovišti nemocnice nebo je přeložen do kojeneckého ústavu nebo zemře ještě před ukončením hospitalizace. Důvody přesahují rozsah této práce a souvisí pravděpodobně s rodinnou a socioekonomickou situací matky a schopností starat se o dítě v kontextu chaotického životního stylu a závislostního chování. Naskýtá se však také otázka, nakolik je systém pomáhajících služeb připraven pomoci matce náročnou životní situaci spojenou s narozením dítěte zvládnout a nakolik převáží prvky v oblasti ochrany dítěte, které mají tendenci další péči o dítě zajistit jinak.

Co se týká rizikového chování a reprodukčního zdraví, přibližně 2/3 klientek (konkrétně 16 uživatelky, což je 64 %) se nechává pravidelně testovat na infekční nemoci. Tím se potvrzuje první část hypotézy č. 4. Z testovaných osob bylo celkem 9 žen (36 %) pozitivních v některém z testů. Z toho 5 z nich (20 %) neužívá při sexu kondom, což v korelaci s počtem pohlavních styků za poslední měsíc znamená, že proběhlo celkem 170 nechráněných sexuálních styků s klientkami pozitivními na některou z testovaných nemocí. Toto částečně vylučuje druhou část hypotézy č. 4, která říká, že uživatelky používají při sexu kondom.

Hypotéza č. 5 „Gynekologové/porodníci doporučují indikovaným klientkám substituční léčbu častěji, než ukončení užívání návykových látek“ se nepotvrdila. Podle odpovědí zkoumaných žen totiž lékaři u pravděpodobně indikovaných klientek doporučují substituční léčbu a ukončení užívání v poměru přesně 1:1.

Bariéry vyhledání gynekologické péče jsou u problémových uživatelék psychoaktivních látek četné. A ačkoliv má velká část svého gynekologa, nedochází k němu ani v případě problému, nebo čeká, že se vše vyřeší samo. Některé pak nenavštěvují specialistu ani v těhotenství nebo nedodržují gynekologem stanovený režim, pravidelné kontroly atd., což způsobuje nedostatečný dohled nad graviditou a případné pozdní odhalení těžkého postižení plodu.

Jako nejčastější bariéru vyhledání lékařské péče uváděly klientky, celkem v 60 %, špatné zkušenosti s přístupem zdravotních sester. To může být, mimo jiné, spojeno s výše uvedenou dvojnásobnou stigmatizací ne jen problémových uživatelék návykových látek, které jsou podle stereotypů společnosti hůře přijímány. Zdravotní sestry – matky – mohou pak na adiktologické klientky reagovat přecitlivěle a dávat jim svůj názor na jejich užívání výrazněji najevo. Podobné to pak může být u spolupacientek (44 % klientek má problém s faktem, že se na ně ostatní pacientky divně dívají), které se na své dítě bezmezně těší a je pro ně schopno obětovat cokoli – omezit se v různých směrech svého života. Špatné zkušenosti s přístupem lékařů má, na rozdíl od zdravotních sester, „pouze“ 40 % uživatelék, což je však též výrazný podíl. Kromě morálních či moralizujících pohledů na pacientky užívající návykové látky se do vztahu mezi zdravotnickými pracovníky a ženami užívajícími drogy velmi často promítá vyskytující se nespolupráce či špatná spolupráce klientek a nedodržování léčebného režimu. Na obtížný přístup problémových uživatelék drog ke gynekologické i jiné zdravotnické péči upozorňují rovněž Mravčík a Nečas (2014) nebo Mravčík, Florián, Nečas a Štolfa (2016).

Podle odpovědí klientek by bylo možné také hodnotit přístup a chování personálu v jednotlivých porodnicích. Z hlediska snahy nepoškodit žádné z uvedených zařízení obsahuje práce pouze obecné výsledky hodnocení péče v porodnicích. Z tohoto pohledu dopadli nejlépe lékaři, jejichž chování se líbilo 68 % rodičkám užívajícím návykové látky. Jejich snahu motivovat uživatelky k nějaké změně uvedlo celkem 56 % žen zkoumané populace. Hůře na tom byly zdravotní sestry, které klientky motivovaly pouze ve 32 % případů.

Případné další, navazující práce, by se mohly více zabývat dopadem užívání návykových látek matkou v těhotenství na novorozence, případně se věnovat delšímu sledování dětí problémových uživatelék, jejich duševnímu i tělesnému vývoji, neurologické a další komorbiditě ve srovnání s ostatní dětskou populací.

ZÁVĚR

Pokud jde o nelegální drogy užívané problémovými uživatelkami návykových látek, v nejvyšší míře byly v posledních 30 dnech užívány pervitin (76 % žen), marihuana/hašiš (64%), buprenorfin (44 %), heroin a metadon (shodně 20 % klientek). Tabákové výrobky užívalo 80 %, alkohol 72 %, přičemž 56 % mělo v posledních 30 dnech problém s opilostí. Ostatní látky nebyly aktuálně užívány vůbec nebo byla uvedená prevalence jejich užívání velmi nízká. Co se týká změny vzorců užívání psychoaktivních substancí během těhotenství, u většiny z nich došlo v průběhu poslední gravidity ke snížení míry jejich užívání a užívaného množství, tékavá rozpouštědla a heroin ke konci těhotenství přestaly užívat všechny respondentky. Zvýšení užívání drogy bylo zaznamenáno u látek substituční terapie, a to ve všech trimestrech gravidity. Nejčastěji konzumovanou látkou v průběhu těhotenství byly tabákové výrobky a pervitin – na konci poslední gravidity bylo jejich uživatelkami 52 %, resp. 64 % žen. Uživatelky drog mají vysoký výskyt sexuálního rizikového chování, míra užívání kontracepce je nízká (mimo jiné protože kontraceptiva jsou finančně nedostupná).

Gynekologická péče o uživatelky návykových látek je nedostatečná, což je, mimo jiné, komplikováno také tím, že se tyto ženy nestarají o své zdraví. Klientky potřebují pomoci s překonáváním bariér v přístupu k péči a mají specifické potřeby vyplývající z jejich užívání návykových látek. Stabilizace zdravotního stavu, především závislostní poruchy a případné související duševní komorbidity, a socioekonomické situace je rovněž klíčová pro další osud dítěte a pro jeho šance, zda zůstane v péči matky či nikoliv.

Výsledky práce by mohly pomoci při přípravě cílených intervencí pro uživatelky drog v reprodukčním věku v adiktologických službách a při nastavení režimu gynekologické a porodnické péče poskytované uživatelkám drog. Zlepšením celkové situace matky by se následně mohlo také snížit procento dětí odcházejících do adopce či jiného druhu náhradní rodinné péče.

Seznam použité literatury

Alfa, M. (2005). The laboratory diagnosis of *Haemophilus ducreyi*. *Can J Infect Dis Med Microbiol.*, 16 (1), pp. 31-34. [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095004/>.

Ashshi, A., M., Batwa, S., A., Kutbi, S., Y., Malibary, F., A., Batwa, M. & Refaat, B. (2015). Prevalence of 7 sexually transmitted organisms by multiplex real-time PCR in Fallopian tube specimen collected from Saudi women with and without ectopic pregnancy. *BMC Infect Dis.* [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678466/>.

Baker, F., N., Jones, G., Kean, L., Kenny, L., C., McEwan, A., Mires, G., O'Donoghue, K., Rennie, J., M., Tower, C., & Vause, S. (2011). *Obstetrics by Ten Teachers*. New York: CRC Press Taylor & Francis Group, LLC.

Baumgartner, A., M., Jones, P., F., Baumgartner, W., A., & Black, C., T. (1979). Radioimmunoassay of Hair for Determining Opiate-Abuse Histories. *J Nucl Med*, 20 (7), pp. 748-752. [cit. 2016-02-10]. Získáno z: <http://jnm.snmjournals.org/content/20/7/748.long>.

Baumgartner, A., M., Black, C., T., & Jones, P., F. (1981). Detection of Phencyclidine in Hair. *Journal of Forensic Sciences*, 26 (3), pp. 576-581. [cit. 2016-02-10]. Získáno z: http://www.astm.org/digital_library/JOURNALS/FORENSIC/PAGES/JFS11402J.htm.

Baumgartner, W., A., Black, C., T., Jones, P., F., & Bland, W., H. (1982). Radioimmunoassay of Cocaine in Hair: Concise Communication. *J Nucl Med*, 23 (9), pp. 790-792. [cit. 2016-02-10]. Získáno z: <http://jnm.snmjournals.org/content/23/9/790.full.pdf>.

Bautista, C., T., Wurapa, E., Sateren, W., B., Morris, S., Hollingsworth, B., & Sanches, J., L. (2016). Bacterial vaginosis: a synthesis of the literature on etiology, prevalence, risk, factors, and relationship chlamydia and gonorrhea infections. *Mil Med Res*, 3 (4). [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752809/>

Bewley, S., Cheong, Y., Creighton, S., M., Dobbs, S., Gebbie, A., E., Gupta, J., Hillard, T., Horne, A., Monga, A., & Nunns, D. (2011). *Gynaecology by Ten Teachers*. New York: CRC Press Taylor & Francis Group, LLC.

Bristow, C., C., Larson, W., Anderson, L., J., & Klausner, J., D. (2016). Cost-effectiveness of HIV and syphilis antenatal screening: a modelling study. *Sex Transm Infect.* [cit. 2016-03-02]. Získáno z: <http://sti.bmj.com/content/early/2016/02/26/sextrans-2015-052367.long>

Castro, R., Águas, M., J., Batista, T., Araújo, C., Mansingo, K., & da Luz Martins Pereira, F. (2016). Detection of *Treponema pallidum* Sp. *Pallidum* DNA in Cerebrospinal Fluid (CSF) by Two PCR Techniques. *Journal of Clinical Laboratory Analysis.* [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcla.21913/full>.

Cherpes, T., L., Wiesenfeld, H., C., Melan, M., A., Kant, J., A., Cosentino, L., A., Meyn, L., A., & Hillier, S., L. (2006). The associations between pelvic inflammatory disease, *Trichomonas vaginalis* infection, and positive herpes simplex virus type 2 serology. *Sex Transm Dis.*, 33 (12), pp. 747-752. [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16691155>.

Coleman, J., S., Gaydos., C., A., & Witter, F. (2013). *Trichomonas vaginalis* Vaginitis in Obstetrics and Gynecology Practice: New Concepts and Controversies. *Obstet Gynecol Surv.*, 68 (1), pp. 43-50. [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586271/>.

Connor, D., O., Zantow, J., Hust, M., Bier, F., F., von Nickisch-Rosenegk, M. (2016). Identification of Novel Immunogenetic Proteins of *Neisseria Gonorrhoeae* by Phage Display. *PLoS One*, 11 (2). [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747489/>.

Cusick, L., & Martin, A. (2003). Vulnerability and involvement in drug use and sex work. *Home Office Research Studies* 268. [cit. 2016-02-10]. Získáno z: http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/resource-pdfs/vulnerability_drugs_sw.pdf.

Čepický, P. (2002). *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Schering.

De Ville, K., A., & Kopelman, L., M. (1998). Moral and social issues regarding pregnant women, who use and abuse drugs. *Obstetrics & Gynecology Clinics*. [cit. 2016-02-03]. Získáno z: [http://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545\(05\)70367-3/fulltext](http://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545(05)70367-3/fulltext).

Ditmore, M., H. (2013). When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice. *Harm Reduction International*. [cit. 2016-02-15]. Získáno z: http://www.ihra.net/files/2014/08/06/Sex_work_report_%C6%924_WEB.pdf.

Drtílková, I. (2009). Doporučený postup převodu z léčby Ritalinem na léčbu Stratterou u dětí s ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (3), s. 145-147.

Fait, T. (2011). Injekční gestagenní antikoncepce. *Postgraduální medicína*. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/injekcni-gestagenni-antikoncepce-459668>.

Füleová, A., Zónová, J., & Petrášová, B. (2015). *Výroční zpráva ČR - 2014: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Referát drogové epidemiologie.

Galský, J. (2011). Chlamydie – diagnostika a terapie. *Postgraduální medicína*. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/chlamydie-diagnostika-a-terapie-459219>.

Gasanova, T., A. (2002). [Parasitic diseases are a risk factor of inflammations of the small pelvis organs. Trichomoniasis]. *Med Parasitol (Mosk)*, 1, pp. 3-8. [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224263>.

Gilchrist, L., D., & Rogers Gillmore, M. (1992). Methodological Issues in Prevention Research on Drug Use and Pregnancy. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series: Methodological Issues in Epidemiological, Prevention and Treatment Research on Drug-Exposed Women and Their Children*, pp. 1-17. [cit. 2016-02-20]. Získáno z: <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/117.pdf>.

Guizzetti, M., Zhang, X., Goeke, C., & Gavin, D., P. (2014). Glia and Neurodevelopment: Focus on Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Front Pediatr.* [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4227495/>.

Gyarmathy, V., A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., & Wiessig, L., (2009). Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14 (9). [cit. 2016-02-03]. Získáno z: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19142>.

Hájek, Z., Čech, E., Maršál, K., a kol. (2014). *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Hanušová, J. (2006). *Sexuální zneužívání*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Hartnoll, R., Griffith, P., Taylor, C., Hendricks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M., & Ingold, R. (2003). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball sampling)*. PBTisk: Příbram.

Hrubá, D., & Malíková, E. (2002). Primární prevence v těhotenství. *Praktická gynekologie*, 6 (4), s. 29-32.

Holub, M., Aster, V., Roubalová, K., Záhumenský, J., & Radina, J. (2009). Doporučený postup pro diagnostiku a terapii genitálního herpesu u žen. *Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti J.E.Purkyně*. [cit. 2015-12-20]. Získáno z: <http://www.infekce.cz/DoporHSV09.htm>.

Horová, B. (2011). Chlamydiové infekce: příznaky, diagnostika, interpretace výsledků a léčba. *Medicína pro praxi*, 8 (12), s. 528-531.

Cheng, D., T., Jacobson, S., W., Jacobson, J., L., Molteno, C., D., Stanton, M., E., & Desmond, J., E. (2015). Eyeblink Classical Conditioning in Alcoholism and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Front Psychiatry*. [cit. 2015-12-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4629452/>.

Chiodo, L., M., Bailey, B., A., Sokol, R., J., Janisse, J., Delaney-Black, V., & Hannigan, J., H. (2012). Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol: An International Biomedical Journal*. 46 (3), pp. 261-267. [cit. 2015-12-23]. Získáno z: [http://www.alcoholjournal.org/article/S0741-8329\(12\)00031-6/fulltext](http://www.alcoholjournal.org/article/S0741-8329(12)00031-6/fulltext).

Janečková, L. (2006). Chlamydiové infekce v kostce. *Státní zdravotní ústav*. [cit. 2016-02-23]. Získáno z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydiove-infekce-v-kostce>.

Jarkovská, L. (2011). Sexuální výchova jako součást reprodukčních práv žen i mužů. In Candigliota, Z., Červená, K., Hrešanová, E., Jarkovská L., Jonášová, K., Křížková, M., Sovová P., Záhumenský D., *Tělo v rukou společnosti* (s. 6-12). Praha: Gender studies, o.p.s.

Jonášová, I. (2015). Rizikové sexuální chování. *Co dělat, když – intervence pedagoga. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept*. [cit. 2016-02-08]. Získáno z: www.msmt.cz/uploads/Priloha_18_Rizikove_sexualni_chovani.doc.

Jones, H., E., Kirtadze, I., Otiashvili, D., Murphy, K., O'Grady, K., E., Zule, W., Krupitsky, E., & Wechsberg, W., M. (2015). Feasibility and initial efficacy of a culturally sensitive women-centered substance use intervention in Georgia: Sex risk outcomes. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. [cit. 2016-02-08]. Získáno z: <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-015-0043-0>.

Kahila, H., Gissler, M., Sarkola, T., Autti-Rämö, I., & Halmesmäki, E. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register – based case – control follow – up study of 524 woman. *Drug and alcohol dependence*. 111 (3), pp. 215-221. [cit. 2016-01-28]. Získáno z: https://www.researchgate.net/publication/45184857_Maternal_welfare_morbidity_and_mortality_6-15_years_after_a_pregnancy_complicated_by_alcohol_and_substance_abuse_A_register-based_case-control_follow-up_study_of_524_women.

Kesmodel, U., S., Bertrand, J., Støvring, H., Skarpness, B., Denny., C., H., Mortensen, E., L., et al. (2012). The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function. *BJOG: An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*. [cit. 2015-12-20]. Získáno z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03393.x/full>.

Kintz, P., Ludes, B., & Mangin, P (1992). Detection of Drugs in Human Hair Using Abbott ADx, with Confirmation by Gas Chromatography/Mass Spectrometry (GC/MS). *Journal of Forensic Sciences*, 37 (1), pp. 328-331. [cit. 2016-02-20]. Získáno z: [https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Ludes/publication/21610934_Detection_of_drugs_in_human_hair_by_Abbott_ADX_with_confirmation_by_gas_chromatographymass_spectrometry_\(GCMS\)/links/55c481b208aebc967df22210.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Ludes/publication/21610934_Detection_of_drugs_in_human_hair_by_Abbott_ADX_with_confirmation_by_gas_chromatographymass_spectrometry_(GCMS)/links/55c481b208aebc967df22210.pdf).

Konijnenberg, C. (2015). Methodological Issues in Assessing the Impact of Prenatal Drug Exposure. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9 (S2), pp. 39-44. [cit. 2016-02-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640424/>.

Kotková, V. (2010). Ženy během detoxifikace na lůžku. *Psychiatrie pro praxi*, 11 (3), s. 115-116.

Křepelka, P. (2014). Postkoitální antikoncepce v roce 2014. *Remedia*. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Postkoitalni-antikoncepce-v-roce-2014/6-F-1Ei.magarticle.aspx>.

Kučerovská, M., Hanáková, P., & Ošlejšková, H. (2013). Vývojové vyšetření novorozence. *Pediatric pro praxi*, 14 (4), s. 231-234.

Kuklová, I. (2012). Syfilis včera a dnes. *Dermatologie pro praxi*, 6 (3), s. 136-137.

Lai, L., J., Chou, C., L., Su, H., I., Chen, T., J., Chou, L., F., Chou, Y., C., Hwang, S., J., & Yu, H., C. (2015). No gynecologist in town: the gynecological care of woman in rural Taiwan. *Patient Preference and Adherence*, 9, pp. 1077-1083. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <https://www.dovepress.com/no-gynecologist-in-town-the-gynecological-care-of-women-in-rural-taiwan-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>.

Lewis, D., A. (2003). Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sex Transm Infect*, 79, pp. 68-71. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744597/pdf/v079p00068.pdf>.

Maierová, E. (2010). Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, 10 (4), 236-245.

Metz, V., Köchl, B., & Fischer, G. (2012). Should pregnant woman with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry (London)*, 2 (1), pp. 29-41. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521595/>.

Míka, O. (2007). Reprodukční zdraví dívky od narození po adolescenci. In Konečná, H. (Ed.), *Reprodukční zdraví 2007* (s. 17-21). Praha: Organon, s.r.o.

Miller, M., Israel, J., & Cuttone, J. (1981). Fetal alcohol syndrome. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 18 (4), pp. 6-15. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://europepmc.org/abstract/med/7264859>.

Ministerstvo vnitra České republiky. (2015). Prostituce – Prostituční scéna. *Dokumenty – kriminalita*. [cit. 2016-02-07]. Získáno z: <http://www.mvcr.cz/clanek/prostituce-prostitutnici-scena.aspx>.

Miovský, M., Gajdošíková, H., Skutilová, K., Zábranský, T., & Bullington, B. B. (2002). Přehled výsledků substudie provedené s policisty, vyšetřovateli, kriminalisty a soudci ve vztahu k trestné činnosti uživatelů nelegálních drog: kvalitativní analýza. *Adiktologie*, 1 (1 - supplementum), 81 - 96.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Zábranský, T., & Bullington, B. B. (2002). Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a pracovníky zdravotnických zařízení a významnými poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog. *Adiktologie*, 1 (1 - supplementum), 45 - 79.

- Mo, Z., Milivojevic, V., Zecevic, N. (2012). Enforced Pax6 expression rescues alcohol induced defects of neuronal differentiation in cultures of human cortical progenitor cells. *Alcohol Clin Exp Res.* 36 (8), pp. 1374-1384. [cit. 2016-01-23]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407280/>.
- Mohr, P., Hnídek, D., Hanka, J., Čermák, J., Bravermanová, A., & Melicher, T. (2012). Psychofarmaka v těhotenství a laktaci. *Postgraduální medicína.* [cit. 2016-02-23]. Získáno z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychofarmaka-v-tehotenstvi-a-laktaci-462915>.
- Möykkynen, T., & Korpi, E., R. (2012). Acute Effects of Ethanol on Glutamate Receptors. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology.* 111 (1), pp. 4-13. [cit. 2016-01-23]. Získáno z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7843.2012.00879.x/full>.
- Mravčík, V. (Ed.). (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014.* Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V. (Ed.). (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009.* Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., & Nečas, V. (2014). Somatická komorbidity uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy*, 4, s. 1-20.
- Mravčík, V., Florián, Z., Nečas, V., & Štolfa, J. (2016). Infekční a další somatická komorbidity problémových uživatelů drog – výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie.* 65 (1), s. 56-62.
- Mulvihill, J., J., & Yeager, A., M. (1977). Fetal Alcohol Syndrome. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 32 (3), pp. 151-152. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: http://journals.lww.com/obgynsurvey/Citation/1977/03000/FETAL_ALCOHOL_SYNDROME_11.aspx.
- Murawski, N., J., Moore, E., M., Thomas, J., D., & Riley, E., P. (2015). Advances in Diagnosis and Treatment of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcohol Res.* [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476607/>.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Sopko, B., & Velebil, P. (2012). Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. *Česká gynekologie*, 77 (5), s. 457-469.
- Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., & Bártová, A. (2012). Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. *Zaostřeno na drogy*, 20, s. 1-84.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost.* Praha: Portál.
- Novotný, Z., Králíčková, M., & Smitková, V. (2007). Hodnocení vývoje laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie v ČR za posledních 10 let na základě dat z Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie. *Česká gynekologie*, 72 (2), s. 109-112.

- Nissanka-Jayasuriya, E., H., Odel, E., W., & Phillips, C. (2016). Dental Stigmata of Congenital Syphilis: A Historic Review With Present Day Relevance. *Historical Perspectives In Pathology*. [cit. 2016-03-02]. Získáno z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12105-016-0703-z/fulltext.html>.
- O'Farrell, N. (2000). Chancroid in the United Kingdom. *Sex Transm Infect*, 76 (2), pp. 67-68. [cit. 2016-02-25]. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758274/pdf/v076p00067.pdf>.
- Ostrea, E., M. (1992). Detection of Prenatal Drug Exposure in the Pregnant Woman and Her Newborn Infant. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series: Methodological Issues in Epidemiological, Prevention and Treatment Research on Drug-Exposed Women and Their Children*, pp. 61-79. [cit. 2016-02-20]. Získáno z: <https://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/117.pdf>.
- Pančocha, K. (2006). *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. Brno: MSD.
- Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén.
- Psychl, I. (2001). Neonatální abstinenční syndrom. *Československá pediatrie*, 56 (11), s. 663-666.
- Podešvová, H. (2013). Postup péče o novorozence HBsAg pozitivních a anti-HCV pozitivních matek – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 78, s. 83-84.
- Preslová, I., Hanková, O. a kol. (2011). *Sexualita & drogy*. Praha: Sananim.
- Preslová, I., Maxová, V. a kol. (2009). *Ženy & drogy*. Praha: Sananim.
- Rekart, M., L. (2005). Sex-work harm reduction. *The Lancet*, 366 (9503), pp. 2123-2134. [cit. 2016-03-02]. Získáno z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360567732X>.
- Rozkoš bez rizika (2014). *Analýza sociodemografických dat a rizikového chování klientek programu organizace Rozkoš bez rizika*. Praha: Rozkoš bez rizika.
- Rozsypal, H. (2015). *Základy infekčního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Roztočil, A. a kol. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
- Sarkola, T., Gissler, M., Kahila, H., Autti-Rämö, I., & Halmesmäki, E. (2012). Alcohol and substance abuse identified during pregnancy: maternal morbidity, child morbidity and welfare interventions. *Acta Paediatrica*, 101 (7), pp. 784-790. [cit. 2016-01-28]. Získáno z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2012.02670.x/full>.
- Serfaty, D. (2015). Contraception des femmes allaitantes: place des spermicides. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 44 (1), pp. 18-27. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://www.em-consulte.com/article/946724/alertePM>.

Slotkin, T., A. (1998). Fetal Nicotine or Cocaine Exposure: Which One is Worse?. *J Pharmacol Exp Ther*, 285 (3), pp. 931-945. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://jpet.aspetjournals.org/content/285/3/931.long>.

Stará, V., Lesná, P., Fencel, F., & Bláhová, K. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro praxi*, 10 (6), s. 382-384.

Strathdee, S., A., West, B., S., Reed, E., Moazan, B., Azim, T., & Dolan, K. (2015). Substance Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 69 (3), pp. 110-117.

Streissguth, A., P., Bookstein, F., L., Barr, H., M., Sampson, P., D., O'Malley, K., & Young, J., K., (2004). Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: http://rethinking.catalystdemo.net.nz/eserv/rcp:539/_Risk_Factors_for_Adverse_Life_Outcome.pdf.

Strunzová, V. (2005). Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci (2.díl). *Psychiatrie pro praxi*, 3 (2), s. 116-119.

Su, J., R., Brooks, L., C., Davis, D., W., Torrone, E., A., Weinstock, H., S., & Kamb, M., L. (2016). Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214 (3). [cit. 2016-03-02]. Získáno z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937815012703>.

Szatkowski, L., Fahy, S., J., Coleman, T., Taylor, J., Twigg, L., Moon, G., & Leonardi-Bee, J. (2015). Small area synthetic estimates of smoking prevalence during pregnancy in England. *Population Health Metrics*. [cit. 2016-01-20]. Získáno z: <http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-015-0067-8>.

Šídová, M., & Šťastná, L. (2014). Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím. *Psychologie a její kontexty*, 5 (2), s. 47-62.

Tláskal, P. (2012). Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí. *Pediatric pro praxi*, 13 (1), s. 20-24.

Trussel, J., Raymond, E., G., & Cleland, K. (2016). *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. [cit. 2016-02-21]. Získáno z: <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>.

Tyler, A. (1995). *Street drugs: The facts explained, The myths exploded*. London: Hodder Paperback.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2010-2015). *Registr pohlavních nemocí*. [cit. 2015-12-28]. Získáno z: <http://www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/registr-pohlavnich-nemoci>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2015a). Rodička a novorozenec 2013. *Zdravotnická statistika*. [cit. 2016-02-17]. Získáno z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2013>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2015b). Potraty ČR 2013. *Zdravotnická statistika*. [cit. 2016-04-08]. Získáno z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2013>.

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. *Zaostřeno na drogy*, 4, s. 1-12.

Večeřová-Procházková, A., Staňková, Z., & Čápková, E. (2008). Retence v programech buprenorfinové substituční terapie. *Psychiatrie*, 12 (3), s. 141-144.

Vernescu, R., M., Adams, R., J., & Courage, M., L. (2012). Children with fetal alcohol spektrum disorder show an amblyopia-like pattern of vision deficit. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 54 (6), pp. 557-562. [cit. 2015-12-28]. Získáno z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2012.04254.x/full>.

Verster, A., & Bunning, E. (2003). INFORMACE pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. *Zaostřeno na drogy*, 6, 1-38.

Verster, A., & Bunning, E. (2007). Buprenorfin – rozbor kritických otázek. *Zaostřeno na drogy*, 10, 1-52.

Vokurka, M., & Hugo, J. (2008). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Weiss, P. a kol. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

Wong, S., Ordean, A., Kahan, M., et al. (2011). Substance Use in Pregnancy. *Obstet Gynaecol Can*. 33 (4), pp. 367-384. [cit. 2015-12-28]. Získáno z: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui256CPG1104E.pdf>.

World Health Organisation. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů: MKN-10: desátá revize*. Praha: Bomton Agency.

Zach, J. (2009). *Problematika drogových závislostí v perinatálním období* [PowerPoint slides]. Získáno z: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz10/Zach_novorozenec_drogove_zavisle_matky.ppt.

Zgařarová, S., Dastychová, E., & Vašků, V. (2009). Sekundární syfilis. *Postgraduální medicína*. [cit. 2015-03-02]. Získáno z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sekundarni-syfilis-426104>.

Zímová, J., Zímová, P., & Zíma, P. (2012). Kapavka – gonorrhoea, aktuálně a v přehledu (1.část). *Urologie pro praxi*, 13 (6), s. 260-263.

Zimová, J., & Zíma, P. (2013). Kapavka – gonorrhoea, aktuálně a v přehledu (2.část). *Urologie pro praxi*, 14 (1), s. 29-33.

Žejglicová, K., Vandasová, Z., Kratěnová, J., Lustigová, M. (2008). *Odborná zpráva za rok 2007*. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2015-12-28]. Získáno z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/Demografie_08.pdf.

Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Syndrome
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
FAS	Fetální alkoholový syndrom
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IUGR	Intrauterine Growth Restriction
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí: Desátá revize
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NAS	Novorozenecký/neonatální abstinční syndrom
PCR	Polymerase chain reaction
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
STD	Sexually transmitted diseases
UUT	Umělé ukončení těhotenství
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Studie „Gynekologická péče a reprodukční zdraví uživatelék drog“

Datum:.....

Zařízení:.....

I. Sociodemografické údaje

1) Kolik Vám je let?

.....

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity – výuční list
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3) Jste zaměstnaná?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jsem na Úřadu práce

4) Kde jste bydlela v posledních 30 dnech?

- a) Vlastní dům
- b) Vlastní byt
- c) Dlouhodobý pronájem
- d) Ubytovna
- e) Azylový dům
- f) Squat, toxi-byt
- g) Bez domova

5) Kolik máte dětí + jejich věk?

.....

6) Rodinný stav:

- a) Svobodná
- b) Poprvé vdaná
- c) Znovu vdaná
- d) Rozvedená
- e) V odloučení
- f) Vdova
- g) Druh, společná domácnost

II. Užívání drog

	Posledních 30 dní (počet dní)	Celoživotně (roky)	Věk prvního užití
Tabákové výrobky			
Alkohol - i malé množství			
Alkohol – opilost			
Heroin			
Subutex/Suboxone			
Metadon			
Jiné opiáty, analgetika			
Sedativa, anxiolytika, hypnotika			
Pervitin a jiné amfetaminy			
Kokain			
Halucinogeny (houby, LSD)			
Marihuana, hašiš			
Těkavá rozpouštědla (toluen)			
Nové syntetické drogy ³⁴			
Jiné drogy			

Injekční užití v posledních 30 dnech		Injekční užití celoživotně		Sdílení "nádobíčka" v posledních 30 dnech		Sdílení "nádobíčka" celoživotně	
ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE

³⁴ EX, ketamin, GHB, Cherry cocolino, Funky, AMT, JWH, 3-MMC atd.

III. Rizikové sexuální chování a reprodukční zdraví

- 1) Necháváte se pravidelně testovat na infekční nemoci (HIV, žloutenky, chlamydie, syfilis atd.)?**
 - a) Ano
 - b) Ne, při sexu používáme kondom
 - c) Nikdy jsem nebyla testována
- 2) Byl některý z testů někdy pozitivní? Který?**
 - a) Ano
 - b) Ne
- 3) Prodělala jste někdy spontánní potrat?**
 - a) Ano, jednou
 - b) Ano, vícekrát (uveďte počet.....)
 - c) Ne
- 4) Byla Vám někdy provedena interrupce?**
 - a) Ano, jednou
 - b) Ano, vícekrát (uveďte počet.....)
 - c) Ne
- 5) Užíváte antikoncepci?**
 - a) Ano, hormonální (tabletky, injekce...)
 - b) Ano, bariérovou (kondom, pesar...)
 - c) Mám nitroděložní tělísko
 - d) Prodělala jsem chirurgickou sterilizaci (operativní podvaz vaječnicků)
 - e) Ne
- 6) S kolika muži jste měla pohlavní styk bez použití kondomu v posledních 30 dnech?**

.....
- 7) Kolikrát jste měla pohlavní styk bez použití kondomu v posledních 30 dnech?**

.....
- 8) Poskytovala jste někdy sex za úplatu?**
 - a) Ano
 - b) Ne
- 9) Poskytovala jste sex za úplatu v posledních 30 dnech?**
 - a) Ano
 - b) Ne

IV. Gynekologická péče, bariéry vstupu do péče (týká se aktuální situace klientky)

1) Máte svého gynekologa?

- a) Ano
- b) Ne

2) Docházíte pravidelně na gynekologické preventivní prohlídky (1x ročně)?

- a) Ano
- b) Ne

3) Navštěvujete lékaře ihned v případě nějakého gynekologického problému (krvácení mimo cyklus, výtok apod.)?

- a) Ano
- b) Ne, čekám několik dní. Když problém trvá, jdu k lékaři
- c) Ne, nikdy

4) Bariéry vstupu do léčby:

Nesnáším, když se mě někdo ptá na osobní věci.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Myslím, že se mé problémy vyřeší i bez léčby.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Mám strach, že mě dají do nemocnice.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Lidé z mého okolí mají špatné zkušenosti.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Mám špatné zkušenosti s přístupem lékařů.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Mám špatné zkušenosti s přístupem sestřiček.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Mám problémy s dopravou.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Nemám čas na "běhání po doktorech".		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Nemám ráda, když se na mě ostatní pacientky divně dívají.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět
Nechci, aby mi kdokoliv říkal, co mám v životě dělat.		
Souhlasím	Nesouhlasím	Odmítla odpovědět

V. *Poslední těhotenství a porod*

1) Užívání drog v těhotenství:

	30 dní před zjištěním těhotenství (počet dní)	V těhotenství ³⁵		
		I.trim.	II.trim.	III.trim.
Tabákové výrobky				
Alkohol - i malé množství				
Alkohol - opilost				
Heroin				
Subutex/Suboxone				
Metadon				
Jiné opiáty, analgetika				
Sedativa, anxiolytika, hypnotika				
Pervitin a jiné amfetaminy				
Kokain				
Halucinogeny (houby, LSD)				
Marihuana, hašiš				
Těkavá rozpouštědla (toluen)				
Nové syntetické drogy ³⁶				
Jiné drogy				

2) Injekční užívání, sdílení jehel:

Injekční užití 30 dní před zjištěním těhotenství		Injekční užití v těhotenství	
ANO	NE	ANO	NE

Sdílení "nádobíčka" 30 dní před zjištěním těhotenství		Sdílení "nádobíčka" v těhotenství	
ANO	NE	ANO	NE

³⁵ **A** – zvýšila užívání, **B** – žádná změna, **C** – omezila užívání, **D** – přestala

³⁶ EX, ketamin, GHB, Cherry cocolino, Funky, AMT, JWH, 3-MMC atd.

- 3) Docházela jste na pravidelné gynekologické prohlídky v těhotenství (do 36. týdne jednou za 4 až 6 týdnů, dále pak 1x za týden)?**
- a) Ano, po celou dobu
 - b) Pouze do 36. týdne, dále nepravidelně
 - c) Do 36. týdne nepravidelně, pak pravidelně
 - d) Nedochozela
- 4) Věděl Váš ošetřující lékař (gynekolog) o Vaší závislosti? Doporučil Vám přestat, popř. přejít na substituci?**
- a) Věděl, doporučil přestat
 - b) Věděl, doporučil substituci
 - c) Věděl, nedoporučil
 - d) Nevěděl
- 5) Byla jste v průběhu těhotenství v substituční léčbě?**
- a) Ano, pokračovala jsem v substituční léčbě z doby, kdy jsem nebyla těhotná
 - b) Ano, zahájila jsem substituci v průběhu těhotenství
 - c) Ne, přerušila jsem substituční léčbu
 - d) Ne, nezačala jsem substituci v těhotenství
- 6) Ve které porodnici jste rodila?**
- a) Fakultní nemocnice v Motole
 - b) Thomayerova nemocnice (Krč)
 - c) Ústav pro péči o matku a dítě (Podolí)
 - d) VFN Gynekologicko – porodnická klinika (Apolinář)
 - e) Nemocnice Na Bulovce
 - f) Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
 - g) Jiná (mimo Prahu).....
- 7) Věděl Váš porodník o Vaší závislosti?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 8) Změnilo se chování gynekologa/porodníka, když jste mu řekla o svojí závislosti?**
- a) Ano, k lepšímu
 - b) Ano, k horšímu
 - c) Ne
 - d) Nevím
- 9) Porodila jste v termínu?**
- a) Ano
 - b) Ne, dříve (uveďte týden
 - c) Ne, později (uveďte týden
- 10) Bylo Vám v průběhu porodu podáno dostatečné množství léků proti bolesti?**
- a) Ano
 - b) Nechtěla jsem
 - c) Ne

11) Byla Vám při porodu provedena episiotomie (nástřih hráze – prevence roztržení při průchodu plodu)

- a) Ano, s mým souhlasem
- b) Ano, bez souhlasu
- c) Nevím
- d) Ne, nikdo se neptal
- e) Ne, ale chtěla jsem

12) Naučili Vás v porodnici správnou techniku kojení?

- a) Ano
- b) Ne

13) Po kolika dnech jste ukončila hospitalizaci?

.....

14) Co se stalo s dítětem?

- a) Odešlo se mnou domů
- b) Bylo přeloženo na jiné oddělení nemocnice
- c) Bylo převezeno do kojeneckého ústavu
- d) Jiné.....

15) Hodnocení péče:

Personál mi vždy vyhověl.				
Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Lékaři mě motivovali a pomohli mi vyřešit mé problémy.				
Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Sestřičky mě motivovaly a pomohly mi vyřešit mé problémy.				
Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Líbilo se mi chování a přístup lékařů.				
Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Líbilo se mi chování a přístup sestřiček.				
Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím

16) Jak dlouho jste kojila?

.....

17) Užívala jste drogy v průběhu kojení?

a) Ano

b) Ne

18) Byla jste spokojená s péčí, která Vám byla poskytována?

a) Ano

b) Ne (uveďte, co bylo podle Vás největším problémem.....)

.....)