

Péče o novorozence drogově závislé matky

Karolína Kováčová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Karolína Kováčová
Osobní číslo:	H20250
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Péče o novorozence drogově závislé matky

Zásady pro vypracování

Rešerše odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti návykových látek v těhotenství a starostlivosti o novorozence drogově závislé matky.

Zmapování současného stavu problematiky.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumného šetření technikou dialogu.

Zpracování a vyhodnocení získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- FENDRYCHOVÁ, J. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3940-3.
HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
PEYCH, I. *Česko-slovenská pediatrie: Neonatální abstinenci syndrom* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2001 [cit. 2022-10-24]. ISSN 663-666. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2001-11/neonatalni-abstinenci-syndrom-26745>
UNGER, A., V. FISCHER a G. FISCHER. *Opioid Dependent and Pregnant: What Are the Best Options for Mothers and Neonates?* *Obstetrics and Gynecology International* [online]. 2012 [cit. 2022-10-24]. ISSN 1687-9597. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/195954/>
VAVŘINKOVÁ, B. a T. BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jozef Macko, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o novorozence drogově závislé matky. Cílem této práce je zjistit, jaký dopad má užívání návykových látek v těhotenství na novorozence a jeho následnou péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část pojednává o základních pojmech, užívání návykových látek v těhotenství a jejich efektu na novorozence a zabývá se problematikou novorozeneckého abstinčního syndromu. Praktická část se zabývá problematikou péče o novorozence s abstinčními příznaky a její odlišností od péče o novorozence fyziologického. Je tvořena kvalitativním výzkumem ve formě dialogů se zaměstnanci novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

Klíčová slova: těhotenství, alkohol, návykové látky, drogy, kouření, novorozenecký abstinční syndrom, novorozenec

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the issue of care for newborns of drug-addicted mothers. The aim of this work is to find out what impact the use of addictive substances during pregnancy has on the newborn and its subsequent care. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part discusses basic concepts, the use of addictive substances during pregnancy and their effect on newborns, and deals with the issue of neonatal abstinence syndrome. The practical part deals with the issue of caring for newborns with withdrawal symptoms and its difference from caring for physiological newborns. It consists of qualitative research in the form of dialogues with employees of the neonatal department of the Tomáš Bata Regional Hospital in Zlín.

Keywords: pregnancy, alcohol, addictive substances, drugs, smoking, neonatal abstinence syndrome, newborn

Chtěla bych poděkovat zejména panu primáři MUDr. Jozefu Mackovi, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnuté informace a cenné rady při jejím zpracování. Mé poděkování také patří personálu z novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, za vstřícnou spolupráci při zpracovávání výzkumného šetření. A v neposlední řadě chci poděkovat mému blízkému okolí a rodině za podporu po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	12
1.1 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ.....	12
1.1.1 Specifika prenatální péče	14
1.1.2 Substituční léčba v těhotenství.....	15
2 ROZDĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A JEJICH ÚČINKY	16
2.1 ALKOHOL	16
2.2 NIKOTIN	17
2.3 OPIOIDY	18
2.4 HALUCINOGENY	19
2.5 STIMULANTY	20
2.6 KANABIOIDY	21
3 ZÁVISLOST Z POHLEDU NOVOROZENCE	23
3.1 NEONATÁLNÍ ABSTINENČNÍ SYNDROM	23
3.1.1 Klinický obraz	23
3.1.2 Skóre dle Finneganové	24
3.1.3 Diagnostika	25
3.2 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM.....	25
3.2.1 Klinický obraz	26
3.2.2 Diagnostika	27
3.3 VLIV UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ NA POZDĚJŠÍ VÝVOJ DÍTĚTE	27
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NOVOROZENCE VYKAZUJÍCÍ ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 METODIKA VÝZKUMU	32
5.1 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
5.2 PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	32
5.3 CÍLE PRÁCE	33
5.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	34
6.1 PŘEDSTAVENÍ PARTICIPANTŮ	34
6.2 ROZHOVOR Č. 1	35
6.3 ROZHOVOR Č. 2	37

6.4	ROZHOVOR Č. 3	39
6.5	ROZHOVOR Č. 4	42
6.6	ROZHOVOR Č. 5	44
7	DISKUZE	47
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	54
	SEZNAM OBRÁZKŮ	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Narození dítěte lze považovat za jedno z nejkrásnějších období v životě každého rodiče. V porodnických zařízeních se však v posledních letech čím dál tím častěji setkáváme s matkami, které bojují s drogovou závislostí a příchod novorozence pro ně může být obdobím velké úzkosti a nejistoty. Lze tedy říci, že neonatologický tým hraje klíčovou roli v péči o novorozence, kteří se narodí ženám narkomankám a vykazují známky abstinčního syndromu. Tyto děti jsou vystaveny zvýšenému riziku vzniku řady zdravotních a vývojových potíží a vyžadují specializovanou péči k zajištění jejich zdraví a komfortu.

„Těhotenství drogově závislé ženy je vždy významně rizikové pro matku i její dítě, které je ohroženo nejen přímým účinkem drogy, ale také řadou dalších zdravotních a socioekonomických faktorů.“ (Bláhová, Fencel, 2020, s. 268)

Užívání návykových látek během těhotenství se v posledních letech stává stále větším problémem. Četné studie ukázaly, že užívání drog v těhotenství může mít škodlivé účinky na vyvíjející se plod a novorozence. Potenciální rizika spojená s užíváním drog během těhotenství sahají od fyzických a vývojových abnormalit až po kognitivní a behaviorální problémy v budoucím vývoji dítěte. Problém užívání drog v těhotenství se navíc neomezuje pouze na nelegální drogy, protože mnoho léků na předpis může také představovat riziko pro vyvíjející se plod. Vzhledem k závažnosti těchto rizik je důležité, aby zdravotníci a nastávající matky měli komplexní přehled o potenciálních účincích léků na zdraví plodu a novorozence.

Vzhledem k potenciálu významného poškození matky i dítěte má problém užívání drog během těhotenství zásadní význam a vyžaduje další výzkum, vzdělávání a informovanost veřejnosti. Řešení tohoto problému je zásadní pro zajištění zdravých výsledků pro matku i dítě a pro podporu rodin a komunit. Výzkum a vzdělávání o užívání drog během těhotenství a jejich vlivu na plod a novorozence jsou zásadní pro podporu zdraví a pohody matky i dítěte. Vzhledem k tomu, že užívání drog během těhotenství je komplexní problém s potenciálně celoživotními důsledky, pochopení rizik spojených s expozicí drog během těhotenství je zásadní pro poskytovatele zdravotní péče i širokou veřejnost.

Prevalence užívání drog během těhotenství se liší v závislosti na typu drogy a zkoumané populaci, ale jedná se o celosvětový problém, který každoročně postihuje miliony žen.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Drogovou závislost definujeme jako chronické onemocnění centrální nervové soustavy. Tato závislost u žen v průběhu těhotenství je velkou komplikací, vzhledem k jejímu negativnímu efektu na plod i matku samotnou. Uvádí se, že ke vzniku závislosti jsou potřeba tři aspekty, a to droga samotná, povaha dotyčné osoby a sociální prostředí, ve kterém se uživatel nachází. (Hájek et al., 2004)

Vlastnosti samotné drogy je důležité posoudit z pohledu dostupnosti a ceny. Když bychom se pohybovali pouze v této oblasti, zjistili bychom, že vzhledem k této skutečnosti, jsou jedny z nejvíce nebezpečných návykových látek tzv. legální drogy, tj. alkohol a nikotin, jejichž účinky na plod i matku jsou velmi závažné. (Hájek et al., 2004)

To, v jakém sociálním prostředí se uživatelé návykových látek nachází nebo vyrůstají, velmi negativně ovlivňuje jejich počínání se závislostí jako takovou. Může se jednat o chycení se špatné party, rozvrácené rodiny a špatné rodinné vztahy, osamělost nebo strádání v oblasti rodičovské péče. (Hájek et al., 2004)

V rámci mnoha výzkumů bylo zjištěno, že predispozice k závislosti na návykových látkách mohou být jak osobnostní, tak genetické. Velmi často se jedná o zvědavé jedince s kreativní myslí, velkou chutí experimentovat a zkoušet nové věci, nejčastěji tato skupina lidí zahrnuje umělce či profesionální sportovce. Na druhé straně můžeme mezi drogově závislými najít jedince nevyrovnané se sklony k depresím a úzkostem. (Hájek et al., 2004)

Obecně platí, že ženy jsou mnohem více citlivější na účinky drog než muži. Jejich závislosti vznikají zpravidla dříve, na druhou stranu však lépe reagují na léčbu. Nejvyšší citlivost je vyzorována u drogově závislých dětí, u nichž vzniká závislost mnohem dříve než u dospělých jedinců a probíhá mnohem intenzivněji. U těchto dětí můžeme pozorovat velké dopady jak na psychické, tak fyzické zdraví. (Hájek et al., 2004)

1.1 Užívání návykových látek v těhotenství

Z hlediska perinatologické péče se mezi drogy s nejzávažnějšími důsledky na matku i plod řadí pervitin a heroin. Matky užívající tyto návykové látky mají nepravidelné menstruační cykly, což způsobuje, že je těhotenství nejčastěji zachyceno po 16. týdnu těhotenství, kdy matka, jejíž těhotenství je nejčastěji neplánované a často i nechtěné, zmešká dobu, do které

je možné zažádat o interrupci. V této situaci řešíme i fakt, že neproběhne první screeningové vyšetření, které detekuje množství vrozených vývojových vad. (Hájek et al., 2004)

Drogová závislost jako taková není lékařskou indikací k ukončení těhotenství. Těhotné narkomanky jsou velmi často nezaměstnané v důsledku jejich prohlubující se závislosti, jsou svobodné, nebo je jejich partner sám závislý na návykových látkách. Těhotenství pro tyto ženy představuje velmi vážnou životní komplikaci, ale ani diagnostika gravidity pro ně nebývá dostatečně silný impuls k tomu, aby svůj životní styl změnil. Velké množství těchto žen žije v přesvědčení, že tuto situaci má pevně ve svých rukou a zvládá ji. (Hájek et al., 2004)

Návykové látky užívané v těhotenství mají negativní dopad jak na organismus matky, tak i jejího nenarozeného dítěte. Setkáváme se zde s častými poruchami placentárních funkcí, jsou zde obvyklé infekce močového a dýchacího ústrojí. Také se zde můžeme setkat s poruchou transportu živin přes placentu k plodu, v důsledku buněčných změn působením určitých návykových látek. V těhotenství jsou zvýšené nutriční nároky a vzhledem k tomu, že k drogové závislosti se přímo pojí špatné dietní návyky, tyto ženy se velmi často potýkají s nedostatečnou výživou a malnutricí. Aplikace některých drog je převážně nitrožilní, což působí nejen problémy zdravotní, jako jsou časté infekce způsobené nesterilní aplikací či nečistou drogou, nebo riziko výskytu pohlavně přenosných a infekčních chorob, ale také působí nemalé potíže při prenatálních vyšetřeních, např. při odběrech krve. Dopad užívání návykových látek v těhotenství však závisí i na tom, zda se jedná o závislost jako takovou, či o příležitostné experimentování. Valná většina žen při diagnostice těhotenství přestává kouřit i pít alkohol. (Binder, Vavřínková, 2007)

Velkým problémem je i otázka kojení u těchto žen. U spousty drog je kojení nedoporučováno, vzhledem k tomu, že pronikají do mateřského mléka a mohou přímo ovlivňovat dítě. Po porodu se konzultuje s pediatrem, zda je kojení vhodné a v případě potřeby se zahajuje zástava laktace. (Šlamberová, 2003)

Děti narozené matkám, které v těhotenství užívaly návykové látky, mají výrazně sníženou kvalitu života. Tato skutečnost, společně s dalšími faktory, ovlivňují jejich budoucí vývoj. Jsme schopni s jistotou určit, jaký dopad mají omamné látky na plod před porodem, ale výzkum nebyl schopen potvrdit, jaký efekt mají jednotlivé drogy na dítě a jeho pozdější vývoj. Jedinou návykovou látkou, u které jsme schopni jednoznačně určit její negativní účinky na dítě, je alkohol, u kterého výzkum potvrdil, že tyto děti mají v budoucím životě velké potíže s chováním. (Velemínský, Žižková, 2008)

1.1.1 Specifika prenatalní péče

Binder a Vavřinková (2006, s. 34) uvádí, že péče o pacientku závislou na návykových látkách začíná jejím vstupem do systému zdravotní péče. Naším úkolem není pacientku násilím nutit k abstinování, avšak měli bychom jí doporučit odbornou péči, která by jí měla pomoci ve snižování dávek, nebo pokud souhlasí, informovat jí o způsobu substituční léčby. V rámci prenatalní péče se u těchto klientek setkáváme nejen s otázkami péče o matku a plod, ale také s problematikou rodinného zázemí, výživy nebo péče o dítě. Ve chvíli, kdy tato žena poprvé navštíví prenatalní poradnu, po odebrání anamnézy a následných vyšetřeních, bychom měli být schopni rozlišit, zda se jedná o ženu, která návykové látky užívá pouze příležitostně nebo se jedná o narkomanku. Nejen anamnéza a vyšetření, ale také délka těhotenství nám může pomoci tyto fakta určit. Klientky s těžkou závislostí navštěvují porodnice obvykle až v době, kdy se rozběhl porod. (Binder, Vavřinková, 2006) Suchanová (2013) také říká, že prenatalní péče o tyto ženy může být značně komplikovaná. Těhotenství pro takové klientky znamená životní komplikaci narušující jejich způsob života. U některých klientek však můžeme pozorovat situaci, kdy se rozhodnou svoji závislost řešit. To, jak často se žena dostavuje do zdravotnického zařízení na prenatalní kontroly může být také ukazatelem míry budování vztahu mezi matkou a jejím nenarozeným dítětem. (Suchanová, 2013)

Mezi důležitá prenatalní vyšetření patří vyšetření pomocí ultrazvuku. Tato metoda nám pomáhá určit délku těhotenství, jelikož v mnoha případech se setkáváme se situací, kdy klientka není schopná nám sdělit datum poslední menstruace. V pozdější fázi těhotenství jej využíváme ke sledování plodu, jeho růstu a prospívání, sledujeme také stav a funkci placenty a množství plodové vody. Řadíme zde také laboratorní vyšetření, tedy odběry biologického materiálu. Provádí se rutinní screeningová vyšetření, ale také odběry na toxikologii, které nám určují, zda matka dále pokračuje v užívání návykových látek, či se snaží abstinovat. Při těchto vyšetřeních se však můžeme setkávat s komplikacemi. U narkomanek, které užívají drogy nitrozilně, bývá jejich periferní cévní systém narušený, což zdravotnickému personálu může odběr znemožňovat. V těchto případech volíme odběry z dolních končetin, krku nebo třísel. (Binder, Vavřinková, 2006)

Další důležitou problematikou prenatalní péče u drogově závislých matek, je zvýšená incidence infekčních nebo pohlavně přenosných chorob. Zaměřujeme se především na HIV

pozitivitu a žloutenku typu C, jež přechází na plod a můžou způsobovat komplikace při vývoji dítěte. (Binder, Vavřínková, 2006)

1.1.2 Substituční léčba v těhotenství

Substituční terapii charakterizujeme jako udržovací léčbu, která není časově omezená. Celou podstatou této léčby je podávání substituční látky do těla uživatele, a to jiným než intravenózním způsobem. Látka je podávána v takovém množství, aby uspokojila potřeby narkomana, potlačila abstinenci příznaky a zlepšila kvalitu jeho života. (Binder, Vavřínková, 2006)

Gravidní ženy užívající návykové látky podstupují tzv. metadonovou terapii, která udržuje hladinu drogy v organismu matky a tím snižuje vážnost abstinenci příznaků u novorozence. Za výhodu této terapie můžeme považovat i fakt, že žena si pro dávku metadonu musí docházet denně do specializovaného zdravotnického zařízení, což nám umožňuje těhotenství alespoň částečně monitorovat. Děti matek, které podstoupily v těhotenství substituční léčbu, mají po porodu vyšší hmotnost a je u nich méně častá růstová restrikce. Ohledně otázky kojení při podávání metadonu se vedou rozdílné diskuze. Předpokládá se, že při podávání nízkých dávek, může být kojení pro dítě prospěšné, jelikož u něj výrazně snižuje abstinenci příznaky. Pokud je dávka metadonu vyšší, je kojení kontraindikací a v tomto případě volíme po porodu zástavu laktace. (Binder, Vavřínková, 2006)

Další dostupnou léčbou těhotných narkomanek je léčba buprenorfinová. Tento lék přechází do mateřského mléka jen v malém množství a nedochází zde ze strany dítěte k jeho odmítání. Neonatální abstinenci syndrom je zde pouze mírný a trvá krátce. (Binder, Vavřínková, 2006)

Součástí substituční léčby jsou však i nefarmakologické metody, a to především poradenství v nejrůznějších formách a psychoterapie. Je potřeba tyto ženy informovat o možnostech podpory a spolupráce s nejrůznějšími centry zabývajícími se problematikou drogových závislostí v těhotenství a po porodu. (Binder, Vavřínková, 2006)

2 ROZDĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A JEJICH ÚČINKY

Návykové látky je možné rozdělit do několika skupin. Tyto jednotlivé skupiny se liší vzhledem, typem závislosti, jejich účinky, ale také tím, jak velké riziko představují pro jejich uživatele. (Presl, 2012)

2.1 Alkohol

Alkohol můžeme definovat jako nejrozšířenější společensky tolerovanou drogu. Způsobuje stavy, kdy jeho konzument ztrácí zábrany, navozuje dobrou náladu a pocit sebevědomí. Stejně jako tomu je i jiných typů návykových látek, má velkou spoustu nežádoucích účinků, mezi které se řadí např. halucinace, poruchy rovnováhy a svalového napětí, nauzea až zvracení, může vyvolávat poruchy chování až agresivitu, zpomalené reakce a při užití velkého množství může dojít k tzv. otravě alkoholem, jež může způsobit smrt. V české republice je na alkoholu závislá až jedna desetina žen. (Kalina et al., 2015)

Užívání alkoholu a jeho účinky, ať už zdravotní nebo sociální, jsou považovány za mnohem více nebezpečné, než při užívání tzv. tvrdých drog. Mezi nejčastější problém patří jeho „nadužívání“. Konzumace alkoholu v těhotenství je nebezpečná jak pro matku, jelikož působí toxicky především na játra, ale vzhledem k tomu, že etanol i acetaldehyd naprosto volně pronikají přes placentární bariéru, působí škodlivě i na plod. (Binder, Vavřínková, 2006)

V České republice není alkoholismus v těhotenství až tak častý. Matky, které konzumují v těhotenství alkohol bývají nejčastěji starší vícerodičky ze sociálně slabších poměrů, ale taky se může jednat o svobodné matky, osamělé či rozvedené ženy. Alkoholismus velmi často doprovází silná závislost na nikotinu, anebo jiných návykových látkách. U žen, které jsou alkoholičky, je snižená fertilita. Pokud však taková žena otěhotní, v důsledku dlouhodobého alkoholového abúzu můžeme očekávat komplikace již během těhotenství. Porod se většinou volí spontánní cestou, jehož průběh bývá bez komplikací. Avšak v případě, že žena trpí alkoholovou cirhózou jater, volí se nejčastěji ukončení porodu císařským řezem, protože je zde velké riziko krvácení z jícnových varixů v II. době porodní, které vážně ohrožuje na životě matku i plod. (Binder, Vavřínková, 2006)

Soubor anomálií u dětí, jejichž matky byly v těhotenství závislé na alkoholu se nazývá fetální alkoholový syndrom. Jeho příznaky popsal v roce 1973 Jones a řadíme zde sniženou porodní

hmotnost, mentální retardaci a vrozené vývojové vady mozku, abnormality obličeje, jaterní anomálie nebo např. poruchy srdečních sept a v neposlední řadě pozorujeme absenci kalózního tělesa. (Binder, Vavřinková, 2006)

2.2 Nikotin

Nikotin je složka nacházející se v tabáku a má psychotropní účinky. Jeho podstatou je vázání se na specifické receptory centrální nervové soustavy, což způsobuje účinky jako je zlepšení paměti a snižování agresivity a chuti k jídlu, čímž zabraňuje zvyšování tělesné hmotnosti. Také může způsobit zvýšenou sekreci slin a ovlivňuje peristaltiku střev, při jeho předávkování se může vyskytovat bolest hlavy nebo nevolnost. Dlouhodobé užívání nikotinu ovlivňuje zejména dýchací a trávicí trakt a může vést k závažným onemocněním jako je rakovina plic, což vážně ohrožuje dotyčnou osobu na životě. (Kalina a kol., 2015)

Aplikace nikotinu je tzv. kouřením. Kouření negativně ovlivňuje celý organismus a v případě reprodukce kuřáček, jsou tyto vlivy velmi zřetelné. Pařízek (2008) také říká, že u žen závislých na nikotinu často dochází k ektopickému těhotenství a ke spontánním potratům. Je zde taky vysoké riziko primární a sekundární sterility a velmi nízká úspěšnost její léčby. V případě gravidity může častěji docházet k předčasným porodům, růstové retardaci plodu, předčasnému odtoku plodové vody a poruchám placenty. U kuřáček se také může vyskytovat problém v oblasti kojení. Co se týká zdravotních důsledků, tyto ženy často trpí na kardiovaskulární onemocnění a cévní mozkové příhody. (Pařízek, 2008)

Škodlivé látky a zplodiny vznikající spalováním tabáku snadno pronikají přes placentární bariéru, tudíž jejich účinky působí i na plod. Mezi nejčastější komplikace způsobené působením nikotinu patří tachykardie novorozence, vyvolává v mateřském krevním oběhu vazokonstrikci, což má za důsledek snížený průtok krve placentou a snižuje přísun kyslíku tkáním plodu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014)

Potomci kuřáček v pozdějším vývoji mohou trpět na poruchy soustředění, horší školní prospěch a problémy s chováním. Výskyt vrozených vývojových vad spojených s kouřením, nebyl prokázán. Také je zde vyšší riziko tzv. syndromu náhlého úmrtí novorozence. (Binder, Vavřinková, 2006)

Nejen aktivní kouření způsobuje v těhotenství komplikace. Velký dopad má na těhotnou ženu i tzv. pasivní kouření. Proto se doporučuje ženám, které před otěhotněním kouřily, aby

bud' úplně přestaly, nebo snížily užívání nikotinu na minimum. Co se týká pasivního kouření, těhotná žena by se měla vyhýbat podnikům nebo místům, kde se kouří a snížila tak riziko pasivní inhalace škodlivých látek. (Binder, Vavřinková, 2006)

V dnešní době se na trhu vyskytuje velká spousta preparátů na odvykání kouření. Tyto přípravky obsahují malé množství nikotinu, jedná se především o náplasti, žvýkačky a spreje. Užívání těchto přípravků se v těhotenství nedoporučuje, avšak jedná se o výrazně méně škodlivou alternativu v porovnání s kouřením samotným. (Velemínský, Žižková, 2008)

2.3 Opioidy

Z medicínského hlediska se opioidy využívají jako velmi silné léky tlumící bolest, v některých případech můžou pozitivně působit jako léčba na různá průjemová onemocnění. Jejich účinek se také využívá k léčbě kašle. „*Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost*“ (Minařík in Kalina et al., 2003, s. 159).

Typický příznak závislosti na opiátech je tzv. tolerance. Znamená to, že jejich uživatel není schopen se spokojit s danou dávkou opiátu a postupně tuto dávku zvyšuje až k požadovanému efektu. Jejich efekt je převážně zklidňující. Osoba užívající tento druh návykových látek se v počátku závislosti při podání dávky cítí uvolněná, po odeznění efektu se psychické rozpoložení vrací do normálu. V pozdější fázi závislosti pak nastupuje tzv. abstinenci syndrom. Ten je provázen bolestmi svalů, pocením, zvýšenou tělesnou teplotou, nevolnostmi nebo zvracením. Při předávkování opioidy může docházet ke zvýšené únavě, spavosti až kómatu a útlumu dechového centra, jež může mnohdy vést až ke smrti. (Binder, Vavřinková, 2006)

Do skupiny opioidů se řadí droga, která nese název heroin. Jeho aplikace je intravenózní a často se zde potýkáme s poruchami chování dotyčné osoby, jež se snaží drogu sehnat, aby uspokojila potřebu její aplikace. Těhotné ženy závislé na heroinu se často potýkají s pohlavně přenosnými chorobami a infekčními onemocněními jako je HIV nebo hepatitida typu C. Život těchto matek bývá často neuspořádaný, prenatalní poradnu navštěvují ve velmi nepravidelných a občasných intervalech, proto je potřeba provést všechna dostupná vyšetření při jejich první návštěvě. U těchto matek se často setkáváme se situací, že první

návštěvu v porodnici podstoupí až ve chvíli, kdy se porod začne rozbíhat ať už nástupem děložních kontrakcí nebo odtokem plodové vody. (Binder, Vavřínková, 2006)

Stejně jako velká spousta jiných návykových látek, opioidy dobře prostupují placentární bariérou, tudíž jejich efekt na plod je velmi rychlý, časově se uvádí od několika minut do jedné hodiny. Hladina drogy v mateřském organismu kolísá a způsobuje nedostatečnou funkci placenty. Za jednu z nejzávažnějších poruch placenty považujeme anomálie pupečnickových cév, nejčastěji se zde nachází pouze jedna pupečnicková tepna. Co se týká otázky porodu, matky závislé na heroinu, které rodí spontánně, mají mnohem nižší práh bolesti, proto se často volí porod v epidurální anestezii. Jeho průběh ani délka se nijak neliší od porodů jiných matek. V případě volby císařského řezu se za největší problém u těchto žen uvádí špatná dostupnost žilních vstupů, z důvodu intravenózního podávání drogy. (Binder, Vavřínková, 2006)

Za nejzávažnější účinek na plod se považuje tzv. neonatální abstinenční syndrom, který má v tomto případě velmi intenzivní a vážný průběh. Abstinenční příznaky se u plodu vyskytují po 48 – 72 hodinách. Tento syndrom se může projevat s různou intenzitou a časem jeho nástupu a u dětí matek, které v těhotenství užívaly heroin, vzniká tento syndrom v 50 – 80% případů. Kojení u těchto žen je považováno za kontraindikaci, proto se po konzultaci s pediatrem volí zástava laktace. Důsledky na děti těchto matek se však vyskytují i budoucím vývoji. Můžeme sem zařadit například snížený intelekt, nižší tělesnou hmotnost a výšku a problémy s chováním. (Binder, Vavřínková, 2006)

2.4 Halucinogeny

Miovský in Kalina et al. (2003, s. 169) se domnívá, že halucinogenní drogy jsou považovány za jednu z nejvíce vědecky zkoumaných návykových látek. Jejich účinky na lidskou psychiku poutají velkou pozornost, a to ať už vědeckých odborníků nebo laické společnosti. Nejčastějším zástupcem tohoto typu návykových látek je jednoznačně LSD, jehož aplikace je perorální, a to postupným rozpuštěním látky pod jazykem. Nástup účinků závisí na množství podané látky a citlivosti jedince na její působení. Intoxikace je doprovázena změnou vnímání až halucinacemi, třesem, zvýšeným krevním tlakem a pulsem, pocity závratě a neschopností ovládat vlastní pohyby, dále pak se zde vyskytují subjektivní pocity nevolnosti či zvracení. Neklid a agresivní chování se vyskytují velmi výjimečně. (Miovský in Kalina et al., 2003, s. 169)

Užívání těchto drog v těhotenství se vyskytuje opravdu velmi sporadicky. U žen, užívajících tyto látky v graviditě, je častější výskyt poruch funkce placenty a růstové retardace plodu. Byly také zaznamenány četné chromozomální aberace a vývojové vady. Avšak vzhledem k časté polydrogové závislosti matek, se nedá jednoznačně určit, zda tyto důsledky na plod jsou zapříčiněny pouze působením halucinogenů. Obecně se předpokládá, že tyto účinky na plod jsou srovnatelné s dětmi, jejichž matky v těhotenství užívaly kokain. (Binder, Vavřínková, 2006)

2.5 Stimulanty

Minařík in Kalina et al. (2003, s. 164) charakterizuje stimulanty jako drogy, které působí budivým účinkem na centrální nervovou soustavu. Nejčastějšími zástupci jsou kokain, pervitin (metamfetamin) a amfetamin. Tyto návykové látky jsou ve společnosti velmi oblíbené, vzhledem k jejich budivému účinku. Zahánějí únavu, povzbuzují myšlení, vyvolávají pocit euforie a duševní i fyzické síly, dodávají pocit energie a zlepšení paměti a snižují chuť k jídlu. Mezi nežádoucí účinky pak řadíme ztrátu zábrán a přeceňování vlastních možností, zvýšený krevní tlak a tep a mohou vést k agresivnímu chování. Po odeznění příznaků, nastává tzv. dojezd. Tento stav je často přirovnáván ke „kocovině“, kterou vyvolává požití alkoholu. V této etapě je dotyčná osoba vyčerpaná, pociťuje bolesti svalstva a kloubů, často prospí i několik dní a má velmi výrazně zvýšenou chuť k jídlu. Při častém užívání podléhají tyto osoby psychické závislosti, jež se považuje za mnohem závažnější než závislost fyzická. (Minařík in Kalina et al., 2003, s. 164)

Kokain je přírodní droga, kterou můžeme najít v listech keře *Erythroxylon coca*. Účinky této drogy, se ve 20. letech 20. století využívaly jako léčba závislostí na opiátech, ta však u mnoha pacientů vyvolávala tzv. zkříženou závislost. Jeho efekt je popisován jako krátkodobý, působení psychotropních účinků se pohybuje mezi 20 – 30 minutami, tudíž u těžkých závislostí, se aplikace látky může opakovat až 10 – 20 krát za den. U uživatelů kokainu se často vyskytuje zvýšený sexuální apetit, což vysvětluje, proč je tato droga tolik oblíbená u žen, které se živí prostitucí. Jeho aplikace může mít mnoho podob. Dá se aplikovat perorálně, intranasálně, pod jazyk, pod kůži, vaginálně, rektálně, intravenózně nebo inhalací. Tzv. šňupání kokainu negativně ovlivňuje nosní sliznici, působí na nosní přepážku a může způsobit její perforaci. Kokain se v čisté podobě také může kouřit. Jeho označení v tomto

případě je tzv. crack a je velmi oblíbený ve Spojených státech amerických. (Binder, Vavřinková, 2006)

Jednou z nejrozšířenějších drog v České republice je pervitin – metamfetamin. Jeho efekt při opakované aplikaci vyšších dávek je velmi výrazný, způsobuje paranoidně-halucinaturní psychózu, jejíž příznaky se dají srovnat s příznaky schizofrenie. (Binder, Vavřinková, 2006)

Při předávkování některým zástupcem ze skupiny stimulantů, může dojít k akutnímu selhání srdce a úmrtí. Pokud je jednorázově podána vysoká dávka anebo v častých intervalech dávky menší, je zde vysoká šance vzniku toxické psychózy. Projevuje se to nejčastěji podrážděností a paranoidním přesvědčením, že dotyčné osobě chce někdo nebo něco ublížit, je zde naprosto ztracen kontakt s realitou. Osoba s tímto stavem je nebezpečná pro sebe i své okolí, když se snaží potenciálnímu nebezpečí uniknout nebo se bránit. (Presl, 2012)

Stimulační drogy, stejně jako ostatní skupiny návykových látek uvedené výše, velmi dobře pronikají přes placentární bariéru k plodu. Jejich aplikace může způsobit snížení průtoku krve placentou, tudíž dochází k menšímu zásobení plodu kyslíkem, může tedy dojít k hypoxii plodu a fetální hypertenzi. V důsledku užívání stimulantů častěji dochází k předčasným porodům, fetální růstové retardaci nebo abrupci placenty vedoucí k syndromu náhlého úmrtí novorozence. Závislost na těchto látkách se podepisuje na novorozenci jako novorozenecký abstinenční syndrom menší intenzity a kratšího trvání, než tomu může být u dětí uživatelů opioidů. Po porodu u těchto dětí můžeme pozorovat menší porodní hmotnost, menší obvod hlavičky a kratší dolní končetiny a defekty pohlavního a močového ústrojí. Mohou se zde vyskytovat také svalové křeče, zvýšené svalové napětí, řídké stolice či poruchy dýchání a spánku. Kojení je v tomto případě kontraindikací, proto se po porodu volí zástava laktace. (Binder, Vavřinková, 2006)

V pozdějším vývoji tyto děti trpí na poruchy chování a budování citových vazeb. Vykazují známky menšího emočního vzrušení a jsou mnohem více nespokojené. Užívání stimulantů v těhotenství má také za důsledek špatné budování vztahu matka-dítě. (Binder, Vavřinková, 2006)

2.6 Kanabioidy

Návykové látky obsahující konopí se obecně považují za třetí nejoblíbenější drogy ve společnosti. Toto místo zaujímají ihned po alkoholu a tabáku, avšak na rozdíl od těchto

návykových látek, konopné drogy mají psychotropní účinky a řadí se mezi drogy nelegální. (Miovský, 2008) Mezi nejčastější zástupce kanaboidů se řadí marihuana a hašiš. Způsob podání těchto látek je inhalací nebo perorálně. Pokud je látka podána ústně, účinky přicházejí po delší době a jejich působení trvá déle než při aplikaci inhalací, jejichž účinek nastupuje nejčastěji okolo desáté minuty. (Kalina, 2015)

Uživatelé konopných látek podléhají závislosti, jejíž abstinenční syndrom je pouze mírné intenzity. Můžeme pozorovat neklid, nechut' k jídlu, podrážděnost, průjmová onemocnění, potíže se spánkem, zvýšené pocení a nevolnosti. Časté užívání těchto látek způsobuje u žen poruchy menstruačního cyklu, nejčastěji jeho nepravidelnosti. (Binder, Vavřínková, 2006)

Konzumace kanaboidů bývá nejčastěji rekreační, proto pokud je ženě diagnostikována gravidita, přestání s užíváním jí nečiní velké potíže. Spolupráce s těmito ženami je dobrá, do prenatalní poradny dochází pravidelně a nesetkáváme se zde s nevhodným chováním ani agresivitou. Pokud žena v těhotenství danou návykovou látku aplikuje, bývá to nejčastěji jednorázová aplikace. Vzhledem k tomu, že se látka nepodává intravenózní cestou, není žena ohrožena výskytem infekčních onemocnění. Nejčastějším rizikem u těchto uživatelék je dráždivost dýchacích cest, jež může působit potíže při podání celkové anestezie v případě ukončení těhotenství císařským řezem. (Binder, Vavřínková, 2006)

Vliv na plod a novorozence závisí nejvíce na dávce a intenzitě užívání látky v těhotenství. Tyto děti se nejčastěji rodí se sníženým svalovým tonem, mají nižší porodní váhu a často trpí na prodlouženou reakci na zrakové podněty. Abstinenční syndrom těchto novorozenců nebývá výrazný, často se vyskytuje neklid a poruchy spánku. (Binder, Vavřínková, 2006)

3 ZÁVISLOST Z POHLEDU NOVOROZENCE

Závislost matek na návykových látkách je negativním faktorem ovlivňujícím průběh celého těhotenství i vývoj novorozeného dítěte. Děti, které se rodí těmto matkám, mají zvýšené riziko toxického vlivu drog jak při prenatálním vývoji, tak i po porodu. Jelikož plod v prenatálním období má velmi omezené možnosti vylučovat a metabolizovat chemické sloučeniny, přetrvávají návykové látky v jeho organismu mnohem déle než v organismu dospělého jedince. Uvádí se, že přítomnost drog v organismu dítěte, detekujeme několik hodin až dnů po porodu a k jeho úplnému očištění dochází až několik dnů po propuštění ze zdravotnického zařízení. (Binder, Vavřinková, 2006)

Děti s rizikem NAS by měly být v nemocnici pečlivě sledovány pro rozvoj příznaků odpovídajících abstinenci syndromu. Vhodná doba tohoto sledování v nemocnici je různá a závisí na pečlivé identifikaci látek, které matka v těhotenství užívala. (Hudak, Tan, 2012)

3.1 Neonatální abstinenci syndrom

Neonatální abstinenci syndrom (NAS) je definován jako soubor všech poporodních příznaků u novorozence, jehož matka se v těhotenství potýkala se závislostí na návykových látkách. (Janota, Straňák, 2015) Tento syndrom zahrnuje poškození centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu, dýchacího ústrojí a autonomního systému novorozeného dítěte. Jeho vážnost a klinické příznaky závisí na typu užívané drogy a gestačním věku novorozence. Další faktory ovlivňující průběh abstinenci syndromu u novorozence jsou např. délka závislosti matky, jak často drogu užívala a délce časového intervalu od aplikace poslední dávky. Problémem zde může být, že matky závislé na určitém typu návykové látky, se velmi často potýkají s nikotinismem nebo alkoholismem, tudíž se velmi špatně zkoumá efekt jednotlivých drog na těhotenství a dítě. (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022)

3.1.1 Klinický obraz

Novorozenec s neonatálním abstinenci syndromem může vykazovat symptomy, které při prvotním pozorování nemusí být s tímto syndromem spojovány. Jedná se například o zvýšenou tělesnou teplotu, pocení či nízkou porodní váhu a její následný úbytek. K těm

závažnějším pak patří projevy centrální nervové soustavy. Novorozenec je neklidný, více senzitivní na podráždění, má zvýšené napětí svalstva a může trpět poruchami spánku. Lze sem zařadit i chvění, nekontrolovatelné záškuby, přecitlivělost na zvukové projevy a v neposlední řadě vysoce laděný křik, u kterého pozorujeme jeho nástup a intenzitu a taky po jaké době dítě lze utiřit, pokud je to vůbec možné. Dalšími projevy abstinčního syndromu novorozence jsou poruchy dýchacího traktu. Můžeme sem zařadit např. dlouhodobě ucpaný nos, kýčání, zvýšenou frekvenci dýchání, dušnost či škytavku. Novorozenec s NAS může projevovat deficit i v oblasti zažívání, ať už se jedná o problémy s přisáváním k prsu, zvracení nebo průjmy. (Janota, Straňák, 2015) U těchto dětí se také mnohem častěji setkáváme s termolabilitou, jejich kůže mohou pokrývat skvrny a pozorujeme zde tzv. husí kůže. V důsledku nekoordinovaného sání a problémy spojenými s kojením, u těchto dětí často hrozí dehydratace, která později může vézt ke zvýšené teplotě až horečce. (Tierney, 2014)

3.1.2 Skóre dle Finneganové

Fendrychová (2013, s. 76) píše, že příznaky NAS nejsou specifické a jsou hodnoceny subjektivně. Proto byly vytvořeny systémy hodnocení těchto příznaků, jež se je snaží alespoň částečně objektivizovat a určit jejich množství. Tento hodnotící systém slouží jako nástroj, díky kterému můžeme sledovat, jak se příznaky syndromu rozvíjí a rozhodnout, zda je potřeba farmakologická léčba, případně upravit její dávky. (Fendrychová, 2013)

V roce 1975 Finneganová vymyslela systém hodnocení dětí, které byly v prenatálním období vystaveny účinkům omamných látek jako je heroin a vykazovaly abstinční symptomy. Toto hodnocení nazýváme skóre dle Finneganové (FS). Tento systém je nejužívanější a nejvíce propracovaný systém hodnocení dětí s NAS a pro svoji jednoduchost a rychlost je v praxi velmi oblíbený. (Binder, Vavřínková, 2006) Jedná se o bodové hodnocení, kde se zaznamenává přítomnost a intenzita dílčích příznaků NAS na škále 1-8 bodů v závislosti na podstatnosti symptomů. Hodnocení pomocí FS se zahajuje 2 hodiny po porodu, v případě hodnot do 8 bodů se novorozenec klasifikuje po 4 hodinách, jestliže jsou hodnoty vyšší, tento interval se zkracuje na 2 až 3 hodiny. (Fendrychová, 2013)

Fendrychová (2013, s. 78) také uvádí, že pokud se hodnocení dítěte pohybuje mezi jedním a sedmi body, značí to, že by se dítě mělo nadále sledovat. Výsledek hodnocení osm až dvanáct bodů nám říká, že je potřeba zahájit farmakologickou léčbu a pokud je výsledek

vyšší než třináct bodů, měli bychom zároveň s podáním léků i monitorovat vitální funkce novorozence. (Fendrychová, 2013)

Toto hodnocení nemusí být objektivní vzhledem k postavení hodnotícího a jeho subjektivní náhled na situaci. (Janota, Straňák, 2015)

3.1.3 Diagnostika

Janota a Straňák (2015, s. 54) vysvětlují, že v oblasti diagnostiky se v první řadě hodnotí anamnéza matky. Zjišťuje se, o jakou návykovou látku, jež v těhotenství užívala, se jedná, v jakém množství a prostřednictvím jaké cesty podání tuto drogu užívala. Zde však vyvstává otázka svědomitosti každé z matek, jak se k této situaci postaví. Drogovou závislost přiznává pouze 40–60 % žen. Ze strany matky se také provádí vyšetření moči, kde však nastává riziko záměrné výměny vzorku a vyšetření krve na přítomnost návykových látek a vyloučení jiných přidružených onemocnění, jejichž projev může být zaměněn se symptomy NAS. (Janota, Straňák, 2015, s. 54-56)

Mezi vyšetření prováděné u novorozence patří například vyšetření moči, jejíž odběr je nenáročný a prokazuje požití návykových látek v období před porodem. Výsledek může být falešně negativní v případě matčiny abstinence ve dnech před porodem nebo se zde může vyskytnout falešně pozitivní výsledek nálezu morfia ve vzorku, jestliže matka podstoupila radioimunoanalýzu a požíla kodein v rámci léčebného postupu. (Janota, Straňák, 2015, s. 54-56)

Mezi další vyšetření patří odběr vzorku smolky. Tento test je podstatně citlivější ve srovnání s odběrem moči a dokáže prokázat užívání návykových látek ve 2. a 3. trimestru těhotenství. Nejspolehlivější a nejvíce citlivý test je vyšetření z vlasů novorozence, který dokáže prokázat přítomnost a užívání návykových látek až několik měsíců před porodem.

Z důvodu rychlého poporodního vylučování návykových látek z krve novorozence a jejich rychlé vstřebávání, se tento test u novorozence na průkaz drog doporučuje nejméně. (Janota, Straňák, 2015, s. 54-56)

3.2 Fetální alkoholový syndrom

Fetálním alkoholovým syndromem (FAS) nazýváme soubor všech příznaků a vad, jež mohou postihovat novorozence, jehož matka v těhotenství konzumovala alkohol. Jedná se o nejzávažnější formu alkoholového postižení. Fetální alkoholový syndrom řadíme do tzv.

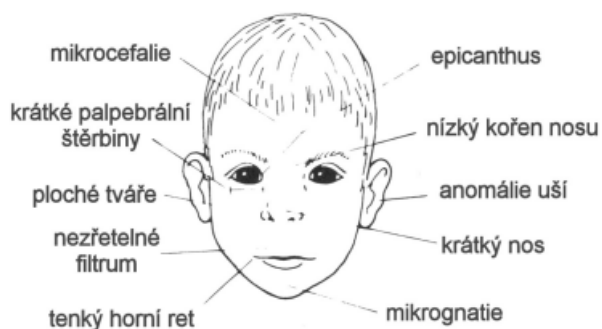
vrozených alkoholových poruch (FASD), kde se nachází také fetální alkoholový efekt (FAE), vrozené vývojové vady související s alkoholem (ARBD), s alkoholem související neurologické poruchy (ARND) nebo částečný fetální alkoholový syndrom (PFAS). (Novotný, Novotný, 2009, s. 251)

Seemanová (2013, s. 23) uvádí, že tímto syndromem bývají ve větší míře ohroženy plody, jejichž matky byly chronické alkoholičky. Nelze však říci, jaká je v těhotenství bezpečná dávka, období či četnost konzumace alkoholu, jelikož poruchy vývoje plodu mohou nastat již při jednorázovém abúzu. (Seemanová, 2013, s. 23)

3.2.1 Klinický obraz

Mezi hlavní klinické příznaky fetálního alkoholového syndromu patří růstová retardace plodu, menší obvod hlavičky, menší svalový tonus, neklid a porucha psychomotorického vývoje. (Muntau, 2014, s. 48) Binder a Vavřinková (2006, s. 57) uvádí, že mezi tělesné projevy FAS patří i obličejové abnormality těchto dětí. Řadíme zde anomálie uší, nízký kořen nosu a krátký nos, tenký horní ret nebo například ploché tváře. Můžeme zde ale také pozorovat mikrocefalii, jež se projevuje menším obvodem hlavičky, epikantus, teda záhyb horního víčka, který překrývá vnitřní koutek oka, zmenšenou dolní čelist a nezřetelnou nosoretní rýhu. (Binder, Vavřinková, 2006, s. 57)

Seemanová (2013, s. 24) píše, že vrozené vývojové vady u těchto dětí mají incidenci asi 30 %. Mezi ty nejčastější patří vývojové vady srdce, nejčastěji defekt síňového nebo komorového septa, rozštěpy patra, může se zde vyskytovat také tříselná nebo pupeční kýla, anebo postižení vylučovacího traktu, ať už se jedná o poruchy funkce ledvin nebo močovodů. Dále pak u chlapců můžeme pozorovat, že varlata nejsou sestouplá v šourku. (Seemanová, 2013, s. 24)



Obrázek 1 Kraniofaciální abnormality u FAS (zdroj: Binder, Vavřinková, 2006, s. 57)

3.2.2 Diagnostika

Diagnostika fetálního alkoholového syndromu může být někdy velmi obtížná. Z tohoto důvodu, pokud má zdravotnický personál podezření na přítomnost FAS, doporučuje se zkontaktovat tuto situaci s pediatrem a zbytkem neonatologického týmu. Stejně jako tomu je u abstinčního syndromu novorozence, nejdůležitějším diagnostickým vyšetřením, je anamnéza matky, a to co nejpodrobněji. Také se zaměřujeme na anamnézu matčina nejbližšího okolí a rodiny. Dále se provádí specializovaná vyšetření, která odhalí, zda se jedná o FAS, nebo jinou genetickou vadu či malformaci. (Novotný, Novotný, 2010, s. 610)

3.3 Vliv užívání návykových látek v těhotenství na pozdější vývoj dítěte

Stará et al. (2009, s. 384) uvádí, že u těchto dětí se v pozdějším věku můžou vyskytovat vývojové poruchy. Týká se to např. růstového deficitu nebo opožděného psychomotorického vývoje. Setkáváme se zde i s poruchami schopností a kognitivních funkcí, nejčastěji se objevují potíže s učením a poruchy chování. (Stará et al., 2009, s. 384)

„Děti kuřaček mohou v dalším vývoji trpět tzv. lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, horším prospěchem ve škole, behaviorálními problémy.“ (Binder, Vavřínková, 2006, s. 60)

Binder a Vavřínková (2006, s. 51) vysvětlují, že děti, jejichž matky užívaly v těhotenství stimulanty, zejména pak kokain, mají více omezené návyky a vykazují známky stresového chování. Studie ukázaly, že potomci těchto žen mají vývojové deficity v oblasti chování a vyjadřování emocí a v průběhu dětství je u nich zvýšené riziko vývojových vad pohlavní a vylučovací soustavy a krvácení do mozku. (Binder, Vavřínková, 2006, s. 51)

Četné studie prokazují, že je spojitost mezi užíváním opiátů v těhotenství a dlouhodobým vývojovým postižením dětí, narozeným těmto ženám. *„Wilson a kol. pozoroval ve studii dětí mezi 3 až 6 lety, které se narodily matkám závislým na heroinu, nižší tělesnou hmotnost a výšku a snížené behaviorální, organizační a percepční schopnosti.“* (Binder, Vavřínková, 2006, s. 45) Další výzkum prokázal, že tyto děti měly snížené IQ a horší výsledky v jazykových testech, jež se zhoršovaly se zvyšujícím se věkem. U adoptovaných jedinců nebo dětí v pěstounské péči byly tyto výsledky lepší. Výše zmíněné důsledky působení drog můžeme však připsat i genetické predispozici a tomu, v jakém prostředí děti žily a vyrůstaly. (Binder, Vavřínková, 2006, s. 45)

Schmidtová (2007, s. 354-357) také říká, že děti, jejichž matka v těhotenství konzumovala alkohol, bývají v mnoha případech mentálně postižené, žijí v nefungujícím prostředí a velmi často mají predispozice k užívání drog. Také často bývají agresivní a vyskytují se u nich zvýšené sklony ke kriminálním činům. Alkohol negativně působí na funkci centrální nervové soustavy a tyto důsledky se s věkem dítěte zintenzivňují. Můžeme se zde v pozdějším setkat s psychiatrickými chorobami jako jsou úzkosti a depresivní poruchy. (Schmidtová, 2007, s. 354 – 357)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NOVOROZENCE VYKAZUJÍCÍ ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Při prvním ošetření novorozence je potřeba, aby se dodržoval protiepidemický bezbariérový režim, a to jak při vyšetřeních, odběrech biologického materiálu nebo při manipulaci s novorozencem. Je potřeba zde velmi přísně dodržovat všechny zásady, které se týkají hygieny. Při všech úkonech je důležité používat rukavice, nejlépe jeden pár pevných nebo dva páry tenkých. (Drobná, Čihař, 2011)

U novorozenců, u kterých se vyskytuje neonatální abstinенční syndrom, jsou základem terapie a ošetrovatelské péče, režimová opatření. Jak uvádí Bláhová a Fencl (2020, s. 272 – 273), je důležité tyto děti ošetřovat v klidném, termoneutralním prostředí, kde není velký přísun světla. Dalším opatřením je také šetrné zacházení s novorozencem a pravidelná monitorace fyziologických funkcí, zejména frekvence a charakter dýchání a srdeční akce. Jelikož se zde setkáváme s potížemi v oblasti stravování, ať už se to týká kontraindikace kojení v důsledku abúzu drog, nebo nedostatečně vyvinutého sacího reflexu, doporučuje se strava s vysokým obsahem kalorií, která bývá podávána častěji a v menších dávkách. Co se týká medikamentózní léčby, indikuje ji lékař v případě, že hodnocení dle Finneganové přesáhne u novorozence hodnotu osmi bodů. (Bláha, Fencl, 2020, s. 272 – 273)

Fendrychová (2013, s. 82) upozorňuje na fakt, že systémem celé ošetrovatelské péče u takových dětí, je zajistit jim hladší průběh poporodní adaptace a abstinенčních příznaků, které např. v případě křečí, působí značný dyskomfort a v některých případech i ohrožení života. Provádíme také časté odsávání na zajištění průchodnosti dýchacích cest a polohujeme dítě tak, aby docházelo k co nejméně zbytečným pohybům. (Fendrychová, 2013, s. 82) Podle Flynta (2015, s. 5) je cílem péče zajištění dostatečného příjmu stravy a tekutin. Zahrnujeme zde také zajištění vhodného a bezpečného prostředí a předcházení komplikacím. Vhodné jsou i tzv. šidítka v případě, že je dítě neklidné, pláče a nelze utišit. (Flynt, 2015, s. 5)

Odborné posudky doporučují zahájit nefarmakologické intervence při přijetí novorozence na JIP, při prokazatelném abúzu návykových látek matky v těhotenství, a to bez ohledu na potřebu farmakologické léčby. Mezi standardní opatření ošetrovatelské péče všech novorozeneckých jednotek intenzivní péče patří zaměření se na smyslovou podporu, nutriční potřeby a individuální přístup k péči. Můžeme zde zařadit např. tzv. zavinování do plenek. Tato intervence na novorozence působí velmi pozitivním efektem, jelikož prokazatelně zkracuje pláč novorozence s abstinенčními příznaky. Mezi další výhody tzv. zavinování,

který byl zaznamenán v systematickém přehledu zahrnuje zvýšené množství kvalitního spánku a lepší termoregulaci novorozence. Takové děti se také doporučuje umístit na tichá, tlumená místa, kde nebudou při spánku rušeni jakýmkoliv vnějším podnětem. (Casper, Arbour, 2014)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

Tato kapitola bakalářské práce se zabývá výběrem metod pro zpracování vybraného výzkumu, cíli práce, charakteristikou výzkumného souboru a výsledky výzkumu.

5.1 Metodika výzkumného šetření

Praktická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Tento výzkum se soustřeďuje na co nejpodrobnější popis zkoumaného problému bez ohledu na množství oslovených participantů. Kvalitativní výzkum byl zrealizován ve formě nestandardizovaných dialogů. Tyto dialogy se skládaly z 9-11 otázek dle potřeby, jejichž formulace byla pokaždé realizována tak, aby došlo k vzájemnému porozumění mezi výzkumníkem a participantem. Otázky se zaměřovaly na téma ošetrovatelské péče o novorozence matky, která se v těhotenství potýkala s abúzem drog. Všechny dialogy probíhaly při osobním setkání v areálu Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

5.2 Průběh sběru dat

Zvolenou metodou sběru dat byly nestandardizované rozhovory, jejichž hlavní výhodou je rozebrání dané problematiky do hloubky. U každého rozhovoru byla možnost doptávat se na doplňující otázky vzhledem k probíranému tématu a struktura byla upravována podle potřeby. Otázky byly zaměřovány především na samotnou ošetrovatelskou péči, aby odpovědi odpovídaly následnému zpracování výzkumu práce a neodkloňovaly se od tématu.

Sběr dat probíhal v dubnu 2023. Rozhovory byly uskutečňovány na samotném pracovišti novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, přesný čas a místo byl přizpůsoben potřebám a možnostem participantek. U všech dialogů bylo důležité navodit přátelskou a uvolněnou atmosféru, aby se ani jedna z participantek necítily vyslýchány, nýbrž měly pocit, že jejich zkušenosti pomůžou dalšímu zkoumání dané problematiky. Všechny participantky byly obeznámeny s tématem práce a strukturou jejího zpracování, žádný z rozhovorů nebyl časově limitován a odvíjel se od spolupráce a časových možností oslovených participantek.

Dialogy byly zaznamenávány pomocí zvukové stopy, s jejímž uskutečněním byly participantky obeznámeny a vyjádřily souhlas. Přepis rozhovorů byl ponechán v původní podobě, byla uvedena pouze křestní jména, zbytek identifikačních údajů nebyl zaznamenáván.

5.3 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit a zmapovat problematiku novorozence drogově závislé matky a účinků jednotlivých návykových látek na novorozence.

Vedlejší cíle:

Cíl 1: Zjistit, v jaké míře ovlivňuje abúzus drog v těhotenství následnou péči o novorozence ve zdravotnickém zařízení.

Cíl 2: Zjistit, s jakými návykovými látkami užívanými v těhotenství se nejčastěji u těchto novorozenců setkáváme.

Cíl 3: Zjistit, zda se četnost těchto případů zvýšila oproti minulým letem.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Celkově bylo osloveno pět sester z novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Mezi tyto participanty patřily dvě sestry z novorozenecké jednotky intenzivní péče, z toho jedna byla staniční sestra daného oddělení. Dále byly osloveny dvě sestry z intermediální péče, z toho opět jedna staniční sestra. Oslovena byla také jedna sestra ze standartního novorozeneckého oddělení „rooming-in“.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola práce bude zkoumat a porovnávat výsledky provedeného výzkumu. Seznámíme se zde s participanty a s jejich zkušenostmi v dané problematice. Kapitola se skládá především z prezentace jednotlivých dialogů v problematice novorozenců, jejichž matky užívaly v těhotenství drogy.

6.1 Představení participantů

Kateřina

Kateřina působí v KNTB na oddělení novorozenecké jednotky intenzivní péče. Pracuje zde už 19 let, proto má bohaté zkušenosti nejen s péčí o nemocné a nedonošené děti, ale také s problematikou novorozenců, jejichž matky v těhotenství užívaly návykové látky. Předtím pracovala 6 měsíců na standardním novorozeneckém oddělení rooming-in a 8 měsíců na oddělení intermediální péče.

Marcela

Další participantkou ve sledovaném souboru je Marcela. Marcela pracuje jako staniční sestra na novorozenecké JIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati a na této funkci působí už 6 let. V této nemocnici pracuje od roku 2002 a má také zkušenosti s prací na porodním sále, na oddělení rizikového těhotenství nebo šestinedělí. V oblasti novorozenecké péče si také vyzkoušela práci na oddělení rooming-in nebo intermediální péče.

Lenka

Lenka je vystudovaná dětská sestra. Se svou profesní kariérou začala v roce 2002 a zahájila ji na novorozeneckém oddělení. Později působila také na dětském lůžkovém oddělení, a v neposlední řadě má zkušenosti s prací v ambulanci pediatra. Momentálně je na pozici staniční sestry oddělení intermediální péče v KNTB a tuto profesi vykonává asi rok. Předtím, než byla do funkce zvolena, pracovala na tomto pracovišti tři roky jako intermediálová sestra.

Helena

Helena je součástí týmu na oddělení intermediální péče v KNTB. Po studiu nastoupila na toto oddělení a pracuje zde dosud, tedy nějakých 25 let. V průběhu své profesní kariéry zkoušela i jiná odvětví neonatologie jako je „rooming-in“ nebo nJIP, ale na oddělení intermediální péče se cítí nejspokojenější a vždy se sem vrátila.

Lenka

Lenka pracuje v Krajské nemocnici Tomáše Bati už 34 let. Momentálně je sestrou na novorozeneckém oddělení „rooming-in“ a působí zde 16 let. Předtím pracovala jako porodní asistentka na oddělení šestinedělí, rizikového těhotenství a také má zkušenosti s oddělením operativní gynekologie.

6.2 Rozhovor č. 1

První rozhovor byl veden s participantkou, která se jmenuje Lenka a pracuje jako novorozenecká sestra na oddělení rooming-in v Krajské nemocnici Tomáše Bati.

Otázka č.1: Setkala jste se už někdy na oddělení s problematikou novorozence drogově závislé matky?

„Jo, jo, měli jsme tu už pár takových novorozenců, určitě. Já na tomto oddělení vlastně pracuju už 16 let, takže jsem se s tím už několikrát setkala.“

Otázka č. 2: Mohla byste mi říct, jaké klinické příznaky u takových dětí pozorujete?

„(..) my vlastně sledujeme hlavně to, jak se to miminko projevuje, protože někdy ty děti můžou mít křeče, nebo jsou opravdu takové dráždivé, uplakané, někdy mívají problém se sacím reflexem, ale co tady bývá fakt nejčastěji, tak jsou ty miminka fakt takové dráždivější.“

Otázka č. 3: O jaké návykové látky se nejčastěji u takových dětí jedná?

„Pervitin, nejčastěji úplně pervitin, a měli jsme tady i marihuanu, taky tu často bývají ženy, co jsou třeba alkoholičky nebo kuřačky, ale opravdu nejčastěj tu máme ten pervitin“

Otázka č. 4: Pozorujete, že se liší vážnost klinických projevů v souvislosti s tím, o jakou drogu se jedná?

„Řekla bych, že ani ne, většinou je to prostě nezávisle na tom, jaký druh té drogy matka brala.“

Otázka č. 5: Můžeme u těchto dětí pozorovat změny vzhledu, či nějaké tělesné projevy?

„Ty děti jsou takové jiné, mají víc jakoby šterbinovité ty očička a i ten výraz mají takový, nevím jak to mám popsat, prostě takový alkoholový výraz asi no, tak jak mívají i ženy tak tak ty miminka no. Nejde to poznat u všech, ale tam kde je to jakoby víc, že ta maminka opravdu celé to těhotenství ty drogy užívala, tak tam to na tom miminku je poznat.“

Otázka č. 6: Jak se liší ošetrovatelská péče o takové miminko ve srovnání s fyziologickým novorozencem?

„Myslím si, že úplně takhle se jakoby neliší, jediný rozdíl mezi nimi je, že děláme opravdu tady po celou tu dobu té hospitalizace to skóre podle Finnagena, protože se to může i zpětně objevit, takže abychom zachytili včas ty projevy, (...) oni opravdu ze začátku můžou mít špatně vyvinutý sací reflex, takže postupně je to učíme se do toho zapojovat, někdy je potřeba udělat takovou jakoby orofaciální rehabilitaci, že přijde rehabilitační a prostě se na ten jazýček, na špičku i jakoby na ten kořen tlačí a stimuluje ty body k tomu sání.“

Otázka č. 7: Děláte u těchto dětí nějaké speciální odběry či vyšetření?

„My děláme určitě odběr moči hned na začátku, jinak děláme běžné screeny jak u všech novorozenců a co se u tady těch dětí dělá, tak se dělá ultrazvuk hlavičky, jestli tam nejsou nějaké jakoby změny v souvislosti s drogama“

Otázka č. 8: Máte pocit, že vždy musí takové děti projít specializovanou péčí na oddělení novorozenecké JIP nebo intermediální péče?

„Pokud ty děti hned po porodu mají dechové potíže, tak jsou hospitalizováni na JIPce, aby byli na monitoringu, protože oni můžou mít jakoby potíže s dýcháním v souvislosti s tím množstvím drog, které v tom oběhu kolují, ale jinak pokud po tom porodu je všechno v pořádku, to miminko se projevuje dobře, nekřečuje nijak viditelně, tak ho míváme i tady u nás, takže jo, máme je i tady“

Otázka č. 9: Máte pocit, že je toto téma aktuálnější než dříve?

„Ano, určitě je, myslím si, že je to kvůli experimentování maminek možná, takový ten tlak ať už společnosti nebo tlak na to, že ta maminka jako chce miminko, ale na jednu stranu se začne strašně bát, že to nezvládne, jako už předčasně v průběhu toho těhotenství, tak to si myslím, ale spíš si myslím, že i ta společnost a to v čem se pohybují, že většinou to bývají

maminky, které samy pocházejí třeba z rozvrácených rodin nebo z neúplných, nebo to bývají maminky třeba bohatých rodičů, které se nudí a pak zkouší a experimentují s těma drogama.“

6.3 Rozhovor č. 2

Další rozhovor byl uskutečněn se staniční sestrou z oddělení novorozenecké JIP. Jmenuje se Marcela a v pozici staniční sestry na tomto specializovaném oddělení má s danou problematikou rozsáhlé zkušenosti.

Otázka č.1: Setkala jste se už někdy na oddělení s problematikou novorozence drogově závislé matky?

„Ano, ve své dlouholeté praxi jsem se s těmito novorozenci už setkala několikrát. A ne jenom tady u nás, jako na JIPce, ale i na roomingu nebo na mediále. Zažila jsem, že ty drogově závislé matky porodily extrémně nezralé novorozence a je to hlavně pak způsobené tím, že při abúzu drog je riziko předčasného porodu opravdu vysoké v důsledku placentární dysfunkce.“

Otázka č. 2: A jaké klinické příznaky u takových dětí pozorujete?

„No, novorozenci drogově závislé matky mohou trpět po porodu abstinenčními příznaky a ty se pak samozřejmě liší a odvíjí se to hodně od toho, co tam matka v těhotenství brala, ale hlavně je to teda taková nadměrná dráždivost a neklid, že ty děti jsou takové jako hodně uplakané a nervózní.“

Otázka č. 3: Když říkáte, že se vážnost těch projevů liší, mohla byste mi uvést nějaký příklad?

„Já bych to asi rozdělila na obecné symptomy a pak specifické symptomy, které jsou typické pro ty jednotlivé návykové látky. Mezi ty obecné bych zařadila tu vysokou dráždivost a neklid, taky třeba ten třes nebo poruchy spánku, různé křeče a taky mají hodně vysoký křik. A potom, co se týká těch jednotlivých drog, tak například když žena v těhotenství kouří, tak mají dost nízkou porodní váhu, ale jako tam to zase záleží na tom, jak silná kuřačka to je. Třeba pak u heroinu nebo pervitinu můžou být hodně hypotrofické a hypoxické, nebo jsou tam různé vrozené vývojové vady třeba centrální nervové soustavy nebo GITu a taky jsme se třeba setkali s mikrocefalií, u marihuany může být špatný vývoj končetin a u alkoholu je to

hodně různé, ale tam to většinou odhalíme hned po narození, protože ty děti mají dost takový specifický vzhled.“

Otázka č. 4: Takže někdy jsou ty projevy vidět i na jejich vzhledu?

„Ano, při nadměrném abúzu alkoholu té ženy v těhotenství se může u novorozence projevit fetální alkoholový syndrom a ty děti mají mikrocefalii, takový typicky krátký nos, úzké oční štěrbin, hodně takové oploštěné filtrum, mohou se objevit vrozené vývojové vady srdce, rozštěpy a tak no, a taky se může projevit růstová retardace, nebo v budoucnu pak snížený intelekt.“

Otázka č. 5: A setkáváte se s takovými dětmi často, nebo máte pocit, že se nějaké jiné návykové látky objevují častěji?

„Řekla bych, že alkohol patří mezi ty nejčastější. Zařadila bych tam pak ale ještě třeba tabák, heroin, i nějaké LSD, hodně pak pervitin, extáze, marihuana a taky hodně třeba kokain. Potom se ale taky třeba setkáváme často i s lékovou závislostí, to jsou třeba nějaké ty antidepresiva anebo benzodiazepiny.“

Otázka č. 6: Jak se potom liší péče o takového novorozence?

„No, my používáme takový skórovací systém, který se u těchto dětí dělá, jmenuje se to skóre podle Finneganové a skórujeme je každé tři hodiny vlastně mezi krmením, ale dělá se to nejdříve až dvě hodiny po narození. No a pak tyto děti hodně vyžadují kontakt, a tak celkově doteky, taky takové klidné a tiché prostředí a často jim dáváme na uklidnění dudlík. Pak se hodně soustředujeme třeba na laktaci, protože v některých případech se musí přerušit, nebo třeba ty děti potřebují právě nějakou dechovou podporu a v některých případech i nějakou medikace, ale to na základě ordinace nějakého lékaře.“

Otázka č. 7: Dělalí se u těchto novorozenců nějaké speciální vyšetření?

„No asi nejdůležitější je anamnéza té matky, takže zjistit druh návykové látky, jakou cestou si drogy aplikuje, jakou dávku a taky pak délka závislosti kdy si dala poslední dávku, ale z praxe vím, že hrozně málo těch těhotných přizná nějaký abúzus drog, no a potom k prokázání té drogy odebíráme moč novorozence, a to se musí odebírat co nejdříve po porodu, nebo se také vyšetřuje třeba smolka, krev nebo třeba vlásky.“

Otázka č. 8: Musí být všichni hospitalizovaní u vás nebo na oddělení intermediální péče?

„Ne ne, nemusí, všichni totiž nevyžadují intenzivní péči, ale jako hodně záleží, ve kterém týdnu gestace se dítě narodí a taky jak silné má příznaky.“

Otázka č. 9: Myslíte si, že se tato problematika vyskytuje v posledních letech častěji?

„Ano, to určitě, téma těhotných žen s drogovou závislostí je velmi aktuální a taky důležité, protože je to hodně závažný problém, protože abúzus těch drog může vlastně vyvolat komplikace v průběhu těhotenství, třeba jako je zvýšené riziko předčasného porodu a taky je důležité, aby ty těhotné ženy věděly, kde hledat pomoc odborníků a aby věděly, že mají přístup ke kvalitní perinatální péči, z naší strany bychom jim pak měli být schopní dát pochopení a nabídnout podporu a nějakou empatii.“

6.4 Rozhovor č. 3

Třetí rozhovor byl s novorozeneckou sestrou Kateřinou, která má několikaletou praxi na oddělení novorozenecké JIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati. Tento rozhovor je mnohem obsáhlejší než ostatní rozhovory, z důvodu dlouhého působení Kateřina na novorozenecké JIP a jejími hlubokými zkušenostmi. S touto problematikou se ve své profesní kariéře setkala nespočetněkrát.

Otázka č. 1: Setkala jste se ve své praxi s problematikou novorozence s abstinenčními příznaky?

„Určitě, s takovýma dětma jsem se setkala už několikrát a mám pocit, že je to čím dál častěji teď, hlavně jako u nás na JIPce je to teď hodně časté.“

Otázka č. 2: Jak se to u těch novorozenců projevuje?

„Často jsou hypotrofičtí, na gestační týden nižší váhová kategorie, dráždivé, ukřičené, abstinenční příznaky klasicky jak u toho kuřáka, roztrášený, neuspokojí ho nic v podstatě, když to tak řeknu. (...) Toto opravdu je běžné, takový ten třes, neklid, nespí, nejde utišit, krátkodobý spánek, usne, hned se zase vzbudí a nemá uspokojenou tu svoji potřebu té dávky.“

Otázka č. 3: Můžeme to u těch dětí pozorovat i na vnějším vzhledu?

„Tak oni můžou mít samozřejmě i nějaké vrozené vývojové vady ty děti jako obecně, takže něco někde v rámci screeningu nám chybí nebo přebývá, takže vliv nějaké té genetiky, no a pak ten fetální alkoholový syndrom, kdy ty děti mají takový klasický tvar obličeje, kulatý nosík, většinou jsou menší, drobnější, ten alkoholový facies je prostě kulatá hlavička a ten nosík je takový. Samozřejmě to dítě nemusí úplně vždycky vypadat stejně, ono záleží, jak

vypadá i ta žena, trošku genetiky může mít to dítě, ale jako je to často, že ty děti vypadají podle těch obrázků, co vidíme v literatuře, takže se sleduje určitě i tady tohle, no a samozřejmě pokud ta žena uvede ten alkohol v těhotenství, tak hledáme i dál nějakou tu morfológickou změnu na tom dítěti.“

Otázka č. 4: A liší se ty abstinénční příznaky v závislosti na tom, o jakou drogu se jedná?

„Jo, ono to záleží opravdu i na tom. U kouření je to takový ten neklid, ale pokud už je to nějaká tvrdší droga, tak zažívací problémy, průjemy, zvracení, apnoické pauzy, to dítě potřebuje třeba umělou plicní ventilaci. Záleží kdy a jakou dávku si ta žena vezme, ona může tvrdit, že půl roku nic nebrala, že zjistila ve třetím měsíci, že je těhotná, přijde a samozřejmě my v rámci nějakého vizuálního pohledu to na ní poznáme. Taky třeba nechodila na žádné prenatalní vyšetření, nechodila nikde k obvodnímu gynekologovi, máme v kartičce třeba jenom, že někdy ve 12. nebo 15. týdnu se dostavila někde a pak už nepřišla a jde až k porodu. Takže se tak nějak můžeme na takové děti nachystat. Určitě jsou tu ty abstinénční příznaky, taková ta nervozita, neuhovenost, křečová aktivita tam může být, průjem, zvracení, neprospívání, třes, bradykardie, celkový útlum toho celého organismu, záleží na té ženě, kdy si co vzala a jaké množství. Ta žena si může dát nějakou velkou dávku jednou, a pak to může mít i fatální důsledek na ten plod jako takový.“

Otázka č. 5: A s jakými drogami se tedy nejčastěji setkáváte?

„Já teda mám tady nejvíc v rámci našeho pracoviště kouření, alkohol a pervitin. (...) ale to kouření ta dnešní společnost bere opravdu tak, že to je legální, zažívaná droga, samozřejmě potom je k tomu marihuana a tak, ale oni to třeba neřeknou, oni to berou jako kouření jako obecně. Takže za mě jsou to tady v rámci našeho regionu tyto tři.“

Otázka č. 6: Je u těchto novorozenců nějaká specifická péče?

„Tak když bychom to vzali, tak pokud bude donošené to dítě a bude na standartním oddělení, tak i ta sestřička na tom standartu prostě musí sledovat ty abstinénční příznaky, nejenom toho dítěte, ale i té ženy. Musíme sledovat, jak to dítě vypadá od hlavy až k patě, jak se projevuje a jakoukoliv odchylku musíme ihned hlásit lékaři. I kdyby se nám to nepotvrdilo tím lékařem, tak radši upozorním na něco, co se mi nezdá a radši ať to vyšetříme, než abychom něco prošvihli. Samozřejmě pokud to dítě skončí na jednotce intenzivní péče, na resuscitačním oddělení nebo na tom intermediálním úseku, tak je strašně důležité ho mít na monitoru životních funkcí. Sleduje se srdeční akce, dechy, teplota, tlak, ať už je to invazivně nebo neinvazivně, potom samozřejmě stav vědomí, to dítě může být opravdu třeba

v bezvědomí, může mít apnoické pauzy, bradykardii, takže zajištění veškerého toho managementu, musíme ho zajistit kardiopulmonálně, takže umělá plicní ventilace nebo nějaká dechová podpora, zajistit nějaký přísun tekutin, sledovat močení, stolici a podat eventuálně nějaké léky na útlum křečové aktivity, takže u nás hlavně léky, které se podávají intravenózně a zase dle ordinace lékaře. Sledujeme komplexně toho novorozence, jak se projevuje, oni jsou hodně ukřičení, ten křik je takový dráždivý, takže toto všechno se popisuje, abychom prostě mohli eventuálně nastavit nějakou léčbu a pomoci mu trošku překonat tu nejhorší dobu v rámci té abstinence. Na tohle všechno se pak využívá skóre dle Finneganové.“

Otázka č. 7: A máte pocit, že mají tyto děti větší problémy s termoregulací?

„Může to tak být, ale zase bych řekla, že je to individuální. U dětí, které jsou v rámci nikotinu, to není třeba takový problém, ale mohl by být z toho důvodu, že to dítě je hypotrofické, je narozené ve 40. týdnu gestace, ale má třeba dvě kila, tím pádem si tu teplotu může blbě držet. Ale může to být i u větších dětí, kteří jsou v rámci nějakého jiného abúzu, takže určitě ano, i ta termoregulace může být problém, takže jak říkám, to dítě musíme sledovat opravdu komplexně.“

Otázka č. 8: A co nějaká specifická vyšetření?

„Samozřejmě pokud ta žena užívala v těhotenství ten alkohol, tak zaprvé ho má v krvi, vypadá tak jak vypadá, a i to dítě, pokud má fetální alkoholový syndrom, tak vizuálně to na tom dítěti poznáme. Samozřejmě my bereme v rámci toho příjmu na JIPku komplexní odběry, a to jak na bakteriologické vyšetření, tak to dítě má vyšetření krevního obrazu, biochemie a samozřejmě další, pokud je u toho dítěte abúzus těch tvrdíš drog, tak třeba i vlasy se můžou vyšetřit, prostě kde to vydrží delší dobu. Hodně reagujeme podle toho, jak to dítě vypadá, v jaké je kondici, pokud je stabilizované, tak není potřeba ho nějak zbytečně vyšetřovat, spíš bych se pak zaměřila na to, jak se projevuje a podle toho. U těchto dětí ještě děláme navíc třeba ultrazvuk hlavičky a asi nejvíce se zaměřujeme na odběr moči, takže těm dětem se lepší takový močový sáček hned po porodu.“

Otázka č. 9: Může mít takový novorozenec i standartní péči na rooming-in, nebo je potřeba ho hospitalizovat na nějakém specializovaném oddělení?

„Určitě to takovou hospitalizaci nevyžaduje. Pokud se bavíme o fyziologickém průběhu toho těhotenství, i když ta žena není sledovaná a má tam nějaké riziko, tak pokud to dítě se projevuje po tom porodu, tím myslím nějakou váha, je kardiopulmonálně stabilní,

takže nemá apnoické pauzy, nedesaturuje, tak určitě takové dítě může být i na standardním oddělení. Nemusí to vždycky vyžadovat tu péči té jednotky intenzivní péče nebo intermediální péče, to nemusí vůbec.“

Otázka č. 10: Jak se potom řeší třeba kojení?

„Samozřejmě pokud je nějaká kontraindikace z jakéhokoliv důvodu, tak se zastavuje laktace, ale pokud odstříkává, tak dáváme to její mléko, kde ta dávka určitě obsažená je. Ale pokud to dítě je třeba nedonošené a ta žena hned nekojí, protože to dítě je u nás na jipce, tak než ona donese ten dostatek toho svého mléka, tak ten novorozenec dostává od dárkyně a ta samozřejmě žádné drogy nebere, takže až to dítě dostane to mléko té matky, tak potom se většinou stává, že se může třeba i zklidnit. Takže v některých případech je kojení určitě možné, záleží pak, jestli je tam nějaká další kontraindikace.“

Otázka č. 11: Považujete tuto problematiku v této době za více aktuální?

„Myslím si, že v rámci takových těch běžných užívání těch drog, což je opravdu ten nikotin, tak to si myslím, že dnešní mladí to zkusí opravdu brzo, aby zapadli a tak dál, ale ta dostupnost v dnešní době je určitě větší. Před 20 lety, když to tak řeknu, byl určitě větší problém v tom našem regionu sehnat nějakou tvrdší drogu, teď určitě není. Hlavně jsou teď sociální sítě, takže určitě za mě jo. Určitě dostupnost v dnešní době je běžná a na každém rohu a člověk by se někdy i divil, kdo ty drogy má k dispozici ani bychom to třeba neřekli. V poslední době je to tady opravdu dost často, stává se nám, že takových dětí máme na oddělení i více než jedno, což v minulosti nebylo vůbec běžné.“

6.5 Rozhovor č. 4

Lenka z oddělení intermediální péče zde působí jako staniční sestra. Uvedla, že její praxe na tomto oddělení není až tak dlouhá, ale s danou problematikou má zkušenosti, a proto je to jedna z dalších participantek.

Otázka č. 1: Setkala jste se někdy s problematikou novorozence drogově závislé matky?

„Určitě, my to tady máme poměrně často.“

Otázka č. 2: Jsou u těch dětí nějaké projevy?

„Je to různé, je to takové, že někdy to na tom miminku až tak nepoznáme a někdy tam takové jakési projevy jsou, ale nehodnotila bych je jako nějaké silné nebo velké, nebo že bychom museli úplně nějak intenzivně zasahovat, to se nám tady úplně tolik nestává.“

Otázka č. 3: A co třeba nějaké vizuální příznaky?

„Říkám, je to těžké. Jako vyloženě vzhled vím, že to tam bývá a co máme hledat, ale za tu dobu, co tu pracuju, tak jsem se s tím úplně nesetkala, řekla bych z těch příznaků dráždivost, to si myslím, že jako většinou nastoupí, ale nic víc až tak, že bych musela zasáhnout. Akorát ten alkohol dělá takový ten výraz v obličejíčku no.“

Otázka č. 4: Může tedy ten abstinenci příznak nějak souviset s tím, jakou drogu matka v těhotenství užívala?

„Alkohol bychom poznali na miminku určitě, co si vzpomínám, že jsme ten fetální alkoholový syndrom opravdu na tom děťátku i viděli podle toho vzhledu, jak vypadá. Kouření těžko říct, taky to miminko často bývá třeba dráždivé, ale třeba ten pervitin se na těch dětech moc neprojevuje, skoro bych řekla, že ty matky, když jsou závislé, tak ty děti bývají překvapivě i docela dobré, hrozně šikovné. Je to paradox, že zrovna u těchto dětí. Navíc ještě jsou tam vždycky nějaké zanedbané sociální podmínky, nějaký těžký život, a i tak ty děti někdy bývají paradoxně v mnohem lepším stavu než ty děti nedonošené, a třeba i nedonošené děti od těch maminek, které dodržovaly všechno tak, jak má být, takže někdy to tak je no.“

Otázka č. 5: Zmiňujete jen některé návykové látky, s jakými drogami se tu tedy nejčastěji setkáváte?

„Tak nejvíc co máme, co frčí mezi těma matkama, je pervitin, ten bych řekla, že je takový nejčastější a samozřejmě alkohol a kouření jako taky, ale to už bohužel v dnešní době se skoro nebere jako droga. Já bych řekla nejvíc kouření, výjimečně alkohol a na druhém místě ten pervitin.“

Otázka č. 6: Jak se pak o takové děti staráte?

„Tak samozřejmě tady tyto děti na ordinaci lékaře skórujeme podle Finnegan skóre, ale všechno je to jen na ordinaci lékaře. Říkám, opravdu tyto děti, o nichž víme, že jejich matka užívala drogy, tak se tváří lépe, než jak uvádí literatura. Musíme se hodně zaměřovat třeba na monitor životních funkcí, tam bývá často problém třeba s dýcháním, potom je to sledování vyprazdňování, nějaká křečová aktivita a taky ty děti hodně vyžadují kontakt a takovou šetrnější manipulaci, protože jsou hodně takové nervózní a ukřičené.“

Otázka č. 7: A co nějaké specifické vyšetření?

„No miminko se narodí a když máme podezření a z porodního sálu víme, že tato maminka porodila, většinou mu ihned lepíme sáček na moč a odebíráme vlastně drogy v moči, protože tam většinou z toho něco vyjde, ale většinou to miminko a ten jeho vzhled úplně neodpovídá tomu, co se v té moči najde. Můžou se brát taky odběry krve, nebo se vyšetřuje smolka a vlásky a taky vím, že se dělá u těchto miminek ultrazvuk hlavičky.“

Otázka č. 8: Vyžaduje tento stav vždy speciální péči na specializovaném oddělení?

„Já si myslím, že nevyžaduje, já vím, že ty děti se hospitalizují i normálně na roomingu. Jako to, aby dítě šlo vyloženě kvůli tomuto na jipku nebo na mediál, to zas tak ani ne, spíš to bývá kvůli tomu, že ony ty děti třeba ani nedonosí, takže tady bývají spíše z tady těchto důvodů, je to jakoby přidružená diagnóza.“

Otázka č. 9: Zdá se vám toto téma aktuálnější než dříve?

„My tady na Zlínsku určitě, tady to vždycky bývalo spíše méně než více, hodně to bývalo Praha nebo Ústecký kraj, že tady na tom Zlínsku jsme to až tak nezažívali, ale poslední roky musím říct, že pocítujeme obrovský nárůst. Dokonce se nám stalo, že celý jeden box byly všechny čtyři maminky drogově závislé a každá jakoby v různé fázi, opravdu musíme zaznamenat, že v poslední době je to opravdu hodně a tímto nám vlastně i hodně stouply děti, které se dávají k adopci nebo do pěstounské péče.“

6.6 Rozhovor č. 5

Helena je poslední participantkou daného výzkumu. Je to novorozenecká sestra z oddělení intermediální péče a na tomto oddělení pracuje víceméně celý svůj profesní život.

Otázka č. 1: Setkala jsem se už někdy s problematikou novorozence drogově závislé matky?

„Určitě jo, několikrát a je to čím dál tím častěji.“

Otázka č. 2: Jak se takový novorozenec projevuje?

„Tak záleží vlastně na tom, co ta maminka užívá v tom těhotenství, většinou spíš jsou problematictější děti, které mají fetální alkoholový syndrom, ti mají pak hodně jako příznaků, neprospívání, jsou takoví dráždiví, i ten obličej odpovídá tomu a naopak teďka jsme měli třeba pervitin pozitivní, tak to naopak bychom ani netipli, oni mají docela takový klidový nástup, jsou takoví bezpříznakový, vypadají dobře a ty příznaky přichází až potom postupně“

a časem se vyvíjí víc a víc, ale co se týká těch prvních dní, jsou velice jako v uvozovkách šikovní.“

Otázka č. 3: Pozorujete i nějaké vizuální změny?

„Tak to jsou ty alkoholové děti, to v tom obličejí prostě jde vidět, ale ty drogové můžou být krásné děcka, to neznamená, že tam musí být nějaké příznaky v obličejí, ale ty alkoholové to je opravdu jakože vidět. Ale jinak samozřejmě můžou tomu být přidružené ještě nějaké další vady, může se stát, že tam budou nějaké vývojové vady, ale to tak často nebývá, spíše tady ten projev toho alkoholu.“

Otázka č. 4: Takže se ty příznaky liší na základě jednotlivých drog?

„No určitě, ten alkohol je nejvíc markantní, a co se týče vlastně toho pervitinu a tady těch tvrdších drog, tak ti jsou takoví víc klidnější bych řekla.“

Otázka č. 5: Takže s jakými drogami se setkáváte nejčastěji?

„Tak byl to teda pervitin v poslední době, potom marihuana a myslím, že i nějaké LSDčko se tu objevilo, no a pak ten alkohol docela často. Ženy, které kouří jsou taky, ale už to není zas tak časté, že kolikrát to už nebereme jako nějakou extra výjimečnost, ale už je to spíš taková druhá kolej bych řekla.“

Otázka č. 6: Jsou nějaká specifika péče u takových novorozenců?

„Tak zakládáme skórování Finneganové, tam je spousta těch indicií, křik, pláč, křeče, tonus, jídlo, takže to. Jinak nemají nijaký extra speciální režim, mají ho běžný. Matky, když jsou pozitivní v den porodu, a pak už ty hodnoty klesají, tak už ani není výjimka, že normálně dáváme k prsu, takže to se tady taky objevuje. Nicméně ty další dny pak může nastupovat takové to předráždění, jsou takoví neklidní, uřvaní, třes a tak, tak to může nastoupit, ale může to nastoupit třeba až několik dní po porodu. No a tam se pak musí hodně dbát na komfort toho miminka, protože oni hodně vyžadují osobní kontakt a chování na ruku.“

Otázka č. 7: A co nějaká specifická vyšetření?

„U těchto dětí bereme hlavně moč, takže prokazujeme přítomnost drog v moči, to je asi to, co se týká poslední doby, tak je to takový standart. Měli jsme i děti, které měli pozitivní výsledky v moči, poslední případ byl pervitin, tak to tam bylo v moči, jinak jiné odběry ani ne.“

Otázka č. 8: Myslíte si, že se tyto děti musí vždy hospitalizovat na vašem nebo jiném specializovaném oddělení?

„Můžou být i na roomingu, pokud jsou donošeni a je tam dobrý průběh porodu a mají Apgar třeba 10/10, tak by mohli, ale většinou se to nějak vyvrbí, že jsou aspoň na tom mediále na sledování. Osobně si myslím, že je to dobré, že by měli být sledováni. Měli bychom sledovat, co to děťátko udělá, pak je zase otázka, jak nám maminka přizná něco a pak se k tomu přidají ještě další věci třeba, takže ono je to takové na zvážení.“

Otázka č. 9: Je tato problematika aktuální tématem?

„No to určitě, a taky hlavně hodně přibývá dětí, které jdou třeba tady do pěstounské péče, to tady máme od ledna, každý měsíc jedno miminko, a nemusí to souviset jen s drogami, můžou to být i jiné důvody, ale vůbec jako tady ta problematika, to prostě bývá teď jako fakt hodně a nebývalo to. Dřív bylo třeba jedno, maximálně dvě děti do roka a teď je to fakt třeba skoro každý měsíc, je to hrozné.“

7 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapování problematiky užívání návykových látek v těhotenství, jejich efektu na plod a novorozence a následnou péči o tyto děti, zejména ve zdravotnickém zařízení. Práce se také zaměřovala na specifické účinky jednotlivých drog na plod a novorozence. Ke zjištění výsledků této práce bylo využito kvalitativního výzkumu ve formě dialogů s participantkami, které působí na novorozeneckém oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Otázky se zaměřovaly především na ošetrovatelskou péči. Závěry této práce vrhají světlo na alarmující důsledky drogové závislosti během těhotenství. Novorozenci drogově závislých matek jsou ohroženi řadou zdravotních komplikací, včetně nízké porodní hmotnosti, respirační tísně, záchvatů a dokonce smrti. Tyto děti také čelí dlouhodobým vývojovým a behaviorálním problémům, jako jsou kognitivní poruchy, poruchy učení a sociální problémy.

Všechny participantky uvedly, že drogová závislost matek v těhotenství se u novorozence může projevit tzv. novorozeneckým abstinčním syndromem. Bylo zjištěno, že mezi hlavní příznaky tohoto syndromu patří zvýšená dráždivost novorozence, neklid, pláč a vyžadování osobního kontaktu. Ne vždy se tyto abstinční příznaky musí projevovat markantně, například u tvrdých drog bývá jeho nástup velmi pozvolný a průběh klidnější než u legálních drog. Očekávaným výsledkem byla skutečnost, že vystavování plodu v prenatálním období užíváním tvrdých drog, má podstatně horší efekt na narozené dítě, než při užívání látek jako je nikotin či alkohol. V tomto výzkumu byl tento fakt vyvrácen a jak uvedly participantky, kouření či konzumace alkoholu v těhotenství má podstatněji větší dopad na plod i novorozence. Nejen však tyto důsledky se mohou u takových dětí objevit. Především u matek, které konzumovaly v těhotenství alkohol se u jejich dětí můžou objevovat vizuální projevy, jako je typicky kulatá hlava, či krátký nos a šterbinovité oči. Tuto skutečnost uvedly taktéž všechny oslovené participantky a všechny se nezávisle na sobě shodly na tom, že takové děti lze rozeznat od fyziologických novorozenců na první pohled.

Z těchto výsledků je tedy patrné, že poporodní adaptace novorozence, který byl v prenatálním období vystaven expozici drog, je výrazně zhoršená, tak jako byl očekávaný výsledek práce. Nicméně, co se týká samotných abstinčních příznaků, je nutno uvést, že v tomto případě vždy záleží na tom, o jakou návykovou látku se jedná. Projevy novorozence u různých drog můžou být různé, což ve výzkumu potvrdily i oslovené participantky. Také lze předpokládat a je nutno brát v potaz, že stejně jako každá matka narkomanka je odlišná, stejně tak každý jednotlivý novorozenec reaguje na tuto situaci odlišně.

Dle výzkumu dle Nedvědové a Světnické z roku 2021 se abstinenční příznaky na novorozenci podepisují přesně opačným účinkem, než jaký má samotná droga. V překladu to znamená, že pokud žena užívala v těhotenství stimulanty, která mají povzbuzující účinek na jejich uživatele, efektem na narozené dítě bude celkový útlum organismu. Pokud opioidy působí zklidňujícím účinkem na matku, dítě, které se jí narodí, bude výrazně neklidné. Pokud má droga spasmolytické účinky, novorozenec bude trpět křečemi a bolestmi. Ve výzkumu Steina z roku 2022 je také uvedeno, že novorozenci narození drogově závislým matkám také mohou mít zvýšenou incidenci syndromu náhlého úmrtí novorozence.

Jednou z dalších otázek zaměřených na hlavní cíl této práce byla problematika hospitalizace těchto dětí na specializovaném oddělení a zda tento stav vždy takovou intervencí vyžaduje. 100 % participantek se shodlo na tom, že hospitalizace na specializovaném oddělení, myšleno novorozenecká JIP a intermediální péče, není v každém případě nutná. Avšak je potřeba vědět, že matky těchto dětí většinou nejsou schopné plod řádně donosit do termínu, což je hlavní indikací k tomu, aby takové dítě bylo umístěno na oddělení s intenzivní péčí. Tento výsledek tedy opět ukazuje na fakt, že vystavování plodu užívání návykových látek v těhotenství může mít nespočet nepříznivých efektů na narozené dítě. **Hlavní cíl práce lze tedy považovat za splněný.**

Vedlejším cílem práce bylo zjistit, v jaké míře ovlivňuje abúzus drog v těhotenství následnou péči o takové novorozence. Dle Newmana z roku 2015 se děti vykazující abstinenční příznaky v minulosti ukládaly na novorozenecké jednotky intenzivní péče. Uvádí také však, že tyto děti vzhledem k jejich zvýšené potřebě osobního kontaktu, nereagovaly na tuto situaci příznivě, tudíž v dnešní době se na tyto specializované oddělení ukládají pouze v nejvážnějších případech či jiných indikacích.

Osloveným participantkám byla také položena otázka týkající se ošetrovatelské péče. Bylo zjištěno, že všem dětem s abstinenčními příznaky se zakládá tzv. skóre dle Finneganové, kde se hodnotí jeho projevy. Participantky také uvedly, že u těchto dětí je nutno se zaměřit se důkladný monitoring životních funkcí z důvodu možných respiračních problémů. Monitoruje se především srdeční akce, tlak, dýchání a vyprazdňování. Mezi další úkony, které se provádí u těchto dětí, je sledování křečové aktivity a je důležité se více zaměřit na dostatečný přísun tekutin. Jelikož si tyto děti mohou špatně držet teplotu, sledování termoregulace patří k další části ošetrovatelské péče. V neposlední řadě je to pak zajištění klidného prostředí a osobního kontaktu, vzhledem k tomu, že tyto děti jsou velmi nervózní a není jednoduché je uklidnit.

Byla také kladena otázka na specifické vyšetřovací metody, které se u těchto dětí provádí. Nejčastěji byl uveden odběr moči na prokázání návykových látek v organismu, odběry biologického materiálu jako jsou odběry krve, smolky nebo vyšetření z vlasů. Vyšetření, které se u těchto dětí provádí rutinně je ultrazvuk hlavy, kde se sledují vrozené vývojové vady mozku. Dá se tedy předpokládat, že ošetrovatelská péče o novorozence drogově závislé matky se výrazně liší od péče o novorozence fyziologického. Výsledek tohoto cíle byl výsledkem očekávaným. **Dílčí cíl byl tedy splněn.**

Další vedlejší cíl se zabýval otázkou, o jaké návykové látky se nejčastěji jedná. Vzhledem k tomu, že rozhovory byly uskutečňovány pouze v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, tudíž výsledky se týkají pouze pacientek hospitalizovaných v tomto specifickém zdravotnickém zařízení, nelze do toho cíle zařadit žádný jiný výzkum ke srovnání.

Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že v rámci Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně se ve většině případů jedná o tři nejvíce užívané návykové látky. Jedná se o pervitin, nikotin a alkohol. Odpovědi všech participantek se na tomto výsledku 100 % shodly. Některé z nich však ještě uvedly jiné návykové látky, se kterými se často setkávají. Byla to marihuana, heroin, kokain a opioidní drogy. Z těchto výsledků lze tedy vyvézt závěr, že mezi nejvíce preferované drogy, které matky užívají v těhotenství jsou legální drogy jako je alkohol a tabák, avšak velmi rozšířenou tzv. tvrdou drogou je pervitin. Nelze však s jistotou říci, zda se tyto výsledky budou shodovat i s jinými zdravotnickými zařízeními. **Dílčí cíl byl splněn.**

Poslední cíl se zaměřoval na to, zda se četnost těchto případů zvýšila oproti minulým letům a zda je téma v dnešní době aktuální. Odpovědi participantek ukazují na fakt, že v posledních letech incidence těchto případů markantně roste. Jedna z participantek uvedly, že v dřívějších letech se s takovými dětmi setkávali jednou až dvakrát ročně. V poslední letech je to více než 10x častěji. Participantky si myslí, že důvodem takového vzestupu může být právě větší dostupnost drog ve společnosti. Už v dospívajícím věku lidé experimentují a může jít i o problém zařazení se do společnosti. V neposlední řadě může jít i o problematiku zámožných rodin, v nichž se s drogami experimentuje tzv. z nudy. V bakalářské práci Tomáškové z roku 2013 je uvedeno, že se abúzus drog v těhotenství a rozšíření drog v celé společnosti vyskytuje podstatněji častěji. K aktuálnímu roku se tedy čísla zvedly.

Každá z participantek taky uvedla, že se domnívá, že téma této práce je více než aktuální a důležité. Incidencí těchto případů každým rokem přibývá a měla by se šířit informovanost široké společnosti o škodlivých účincích jak na matku, tak na plod a novorozence. Tento výsledek daného cíle byl očekávaný. **Cíl byl splněn.**

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zmapovat danou problematiku. Dalšími cíli bylo zjistit, v jaké míře ovlivňuje abúzus drog v těhotenství následnou péči o novorozence ve zdravotnickém zařízení, o jaké návykové látky se nejčastěji jedná a zda se výskyt těchto případů oproti minulým letům zvedl. Bylo zjištěno, že nejčastěji se vyskytujícími návykovými látkami užívanými v těhotenství jsou pervitin, alkohol a nikotin a že abúzus těchto látek výrazně ovlivňuje následnou péči o takové novorozence. Výsledky také ukázaly na to, že výskyt těchto případů v posledních letech roste a téma je čím dál více aktuální. **Všechny stanovené cíle práce byly splněny.**

Závěr této bakalářské práce prokazuje, že užívání drog v těhotenství může mít významné a potenciálně celoživotní účinky na zdraví a vývoj plodu a novorozence. Je jasné, že zdravotníci by měli vyvinout vhodné intervence a strategie k prevenci a řešení užívání drog během těhotenství. Včasná identifikace a intervence jsou zásadní pro poskytování podpory těhotným ženám, které bojují se závislostí a pro podporu zdravého těhotenství. V praxi tato práce doporučuje komplexní a interdisciplinární přístup k péči o novorozence drogově závislých matek. Tento přístup by měl zahrnovat úzkou spolupráci mezi porodníky, neonatologem, pediatry a sociálními pracovníky. Včasná identifikace a intervence jsou klíčové pro poskytování podpory matce a její rodině, sledování zdraví a vývoje novorozence a zajištění vhodných lékařských a sociálních služeb. Dále tato práce doporučuje zvýšit informovanost a osvětu veřejnosti o rizicích spojených s užíváním drog v těhotenství a nutnosti vhodných intervencí a monitorování. Těhotné ženy a jejich rodiny by měly být informovány o potenciálních škodách spojených s užíváním drog a měla by jim být poskytnuta podpora a prostředky k překonání závislosti. V neposlední řadě může práce sloužit jako studijní materiál pro zdravotnické pracovníky a studenty nelékařských zdravotnických oborů. Celkově tato práce podtrhuje význam výzkumu, vzdělávání a praxe při řešení problematiky užívání drog v těhotenství a jeho vlivu na zdraví a pohodu novorozence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BLÁHOVÁ, K. a F. FENCL, 2020. *Kazuistiky z pediatrie*. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-667-2.
- CASPER, T., ARBOUR, M., 2014. *Evidence-Based Nurse-Driven Interventions for the Care of Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome*. *J. Advances in Neonatal Care*. Exp. Ther. vol. 14, n. 6, 376-80, doi:10.1097/ANC.0000000000000118.
- DROBNÁ, H., ČIHAŘ, M., 2011. Dieťa drogově závislé matky – doporučený postup. *Česká gynekologie*. roč. 76, č. 1, s. 79-52. ISSN 1210-7832.
- Drug Abuse in Pregnancy and Effects on the Newborn* [online]. California, 2022 [cit. 2023-05-03]. Dostupné z: <https://lagunatreatment.com/support-for-women/newborn-health-effect/>
- FENDRYCHOVÁ, J., 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-560-0.
- FLYNT, M., 2015. *Clonidine for Opioid Related Neonatal Abstinence Syndrome: Is Clonidine the New Alpha-Male of Adjunct?*. San Antonio: Pharmacotherapy Education and Research Center. Dostupné také z: <https://pdf4pro.com/view/clonidine-for-opioid-related-neonatal-abstinence-syndrome-4e81bd.html>
- HÁJEK, Z. et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HUDAK, L., M., TAN, C., R., 2012. *Neonatal Drug Withdrawal*. *J. Pediatrics*. Exp. Ther. vol. 129, n. 2, e540-e60, doi:10.1542/peds.2011-3212.
- JANOTA, J. a Z. STRAŇÁK., 2015. *Neonatologie*. 2. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3861-4.
- KACHLOVÁ, M., J. KUČOVÁ a V. PETRÁŠOVÁ., 2022. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3176-1.
- KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
- MINAŘÍK, J., 2003, Opioidy a opiáty. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M., 2003, Halucinogeny. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 169-179. ISBN 80-86734-05-6.
- MUNTAU, A. C., 2014. *Pediatrie*. 6. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.

- NEDVĚDOVÁ, D. a G. SVĚTNICKÁ, 2021. *Užívání návykových látek v těhotenství a jejich vliv na novorozence* [online]. [cit. 2023-05-03]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/349253205_USING_OF_ADDICTIVE_SUBSTANCES_IN_PREGNANCY_AND_THEIR_EFFECT_ON_NEWBORN doi:10.25142/osp.2020.011
- NOVOTNÝ, J. B. a Z. NOVOTNÝ., 2009. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Česko-slovenská pediatrie*. roč. 64, č. 5, s. 251-255. ISSN 1805-4501.
- PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-594-9.
- POLÁČKOVÁ, R., 2006. *Novorozenecký abstinční syndrom (NAS)* [online]. Praha: Česká neonatologická společnost České lékařské společnosti J.E.Purkyně, [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/abstinencni-syndrom-nove.pdf>
- PRESL, J., 2012. *Drogy: Poznej svého nepřítele* [online]. Praha: Medea Kultur. [cit. 2023-04-27]. Dostupné také z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-svehonepritele-2012.pdf>
- Rooming-in care for infants of opioid-dependent mothers* [online]. Kanada, 2015 [cit. 2023-05-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677958/>
- SEEMANOVÁ, E., 2013. Fetální alkoholový syndrom. *Revue České Lékařské akademie*. roč. 9, č. 9, s. 23-24. ISSN 1214-8881.
- SCHMIDTOVÁ, J., 2007. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). *Adiktologie*. roč. 7, č. 3, s. 353-364. ISSN 1213-3841.
- STARÁ, V. et al., 2009. Abstinční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. roč. 10, č. 6, s. 382–384. ISSN 1803-5264.
- SUCHANOVÁ, E., 2013. Problematika prenatální péče a screeningu u těhotných drogově závislých žen. *Florence*. roč. 9. ISSN 1801-464X.
- ŠLAMBEROVÁ, R., 2003. Drogy během těhotenství - vliv na matku a následnou generaci. *Československá fyziologie*. roč. 52, č. 1., s. 15-21. ISSN 1210-6313.
- TIERNEY, S., 2014. *Identifying Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) and Treatment Guidelines*. Iowa City: University of Iowa Children's Hospital. Dostupné také z: https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uichildrens/neonatology-handbook/neonatal_abstinence_syndrome_treatment_guidelines_feb2013_revision-1.pdf

TOMÁŠKOVÁ, Z., 2013. *Návykové látky v těhotenství* [online]. Olomouc. [cit. 2023-05-03]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/au5rio/00181830-113319052.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Bc. Renata Hrubá.

VAVŘINKOVÁ, B. a T. BINDER., 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-829-8.

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

Zaostřeno na drogy: Návykové látky v těhotenství. 2007., roč. 5., Praha: Úřad vlády České republiky. ISSN 1214-1089.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARBD Alcohol-Related Birth Defects

ARND Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders

FAE Fetal Alcohol Effect

FAS Fetální Alkoholový Syndrom (Fetal Alcohol Syndrome)

FASD Fetal Alcohol Spectrum Disorders

FS Skóre dle Finneganové

HIV Human Immunodeficiency Virus

JIP Jednotka Intenzivní Péče

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

LSD Diethylamid Kyseliny Lysergové

Např. Například

NAS Neonatální Abstinční Syndrom (Neonatal Abstinence Syndrome)

PFAS Partial Fetal Alcohol Syndrome

Tj. To je

Tzv. Takzvaný

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Kraniofaciální abnormality u FAS	26
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Skórovací systém dle Finneganové (zdroj: Poláčková, 2006, s. 7)

