

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

INFORMOVANOST TĚHOTNÝCH ŽEN O RIZIKOVÝCH
FAKTORECH V TĚHOTENSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ELIŠKA VEPŘEKOVÁ

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**INFORMOVANOST TĚHOTNÝCH ŽEN O RIZIKOVÝCH
FAKTORECH V TĚHOTENSTVÍ**

Bakalářská práce

ELIŠKA VEPŘEKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Vepřeková Eliška
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15.5.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství

Pregnant Women's Awareness of Risk Factors during Pregnancy

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem použila v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 27. 3. 2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. za odbornou pomoc, trpělivost a cenné rady, které mi po dobu psaní mé bakalářské práce věnovala. Dále děkuji Bc. Michaelle Tesákové za pomoc a podporu a také všem respondentkám, které mi pomohly s praktickou částí práce.

ABSTRAKT

VEPŘEKOVÁ, Eliška. *Informovanost těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha, 2014,str

Tématem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen ve fertilním věku o rizikových faktorech v těhotenství. Teoretická část zahrnuje fyziologický vývoj plodu a obecně pojednává o rizicích užívání alkoholu, drog a kouření tabáku a o negativních vlivech, které tyto faktory na nenarozené dítě mají. Praktická část práce je tvořena kvantitativním průzkumem, jehož hlavním cílem bylo zjistit míru informovanosti žen o rizikových faktorech v těhotenství a jejich postoje k užívání návykových látek v těhotenství v závislosti na věku. Průzkum byl prováděn v pražské dětské herně. Závěr práce je tvořen poznatky, které vyplývají z průzkumného šetření a v souvislosti s nimi jsou uvedena doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Alkohol. Drogy. Informovanost. Kouření. Plod. Těhotenství. Rizika.

ABSTRACT

VEPŘEKOVÁ, Eliška. *Pregnant Women's Awareness of Risk Factors during Pregnancy*. Medical Collage, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prague, 2014,str

The bachelor thesis focuses on the level of pregnant women's knowledge about the risk factors during pregnancy. The theoretical part includes the physiological development of the fetus and this part also generally describes the use of alcohol, drug abuse and smoking tobacco and the negative effects and these factors can have negative effect on the unborn child. The practical part of the thesis consists of a quantitative research aimed at determining the level of pregnant women about the risk factors during pregnancy and their attitudes towards substance use during pregnancy, depending on age. The research was conducted in the playroom in Prague. The conclusion is made up of findings resulting from the survey and in connection with them are recommendations for practice.

Key words

Alcohol. Awareness. Drugs. Foetus. Pregnancy. Risks. Smoking.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder, hyperkintetická porucha pozornosti
ARBD	Alcohol Related Birth Defect
ARND	Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders
CNS	centrální nervová soustava
FAE	Fetal Alcohol Effects, částečný fetální alkoholový syndrom
FAS	fetální alkoholový syndrom
FASD	spektrum vrozených alkoholových poruch
IQ	intelligenční kvocient
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MDMA	extáze
THC	Tetrahydrocannabinol
VVV	vrozené vývojové vady
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Cannabis sativa – konopí seté

Carving – dychtění po droze

Crack – nerozpustný kokain

Ecstasy – extáze, stimulační droga

Erythroxyton coca – kokain

External Reinforcement – externí posilovač závislosti

Flash back – opakování stavu bez aplikace drogy

Labia majora- stydké pysky velké

Labia minora – stydké pysky malé

Lanugo – jemné ochlupení na kůži plodu a novorozence

Metamfetamin - pervitin, stimulační droga

Mortality - úmrtnost

Sensation seeking behavior – experimentální chování

Tachykardie – zvýšená tepová frekvence

Teratogeneze – vznik a vývoj vrozené vady

Vernix caseosa – maz přítomný na kůži plodu a novorozence

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věk respondentek	34
Tabulka 2 - Vzdělání.....	35
Tabulka 4- Těhotenství	36
Tabulka 5 - Informovanost	37
Tabulka 6 - Zdroj informací.....	38
Tabulka 7 - Rozvoj závislosti	39
Tabulka 8 - Teratogen.....	40
Tabulka 9 - Fetální alkoholový syndrom.....	41
Tabulka 10 - Příznaky Fetálního alkoholového syndromu	42
Tabulka 11 - Rizikové období	43
Tabulka 12 - Názor na kouření	44
Tabulka 13 - Pojem Neonatální abstinční syndrom	45
Tabulka 14 - Příznaky NAS.....	46
Tabulka 15 - Heroin a plod	47
Tabulka 16 - Abstinční příznaky.....	48
Tabulka 17 - Subutex	49
Tabulka 18 - Alkohol v těhotenství	50
Tabulka 19 - Rizika alkoholu.....	51
Tabulka 20 - Rizika tabáku	52
Tabulka 21 - Tvrdé drogy	53

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věk respondentek.....	34
Graf 2 - Vzdělání	35
Graf 3 - Těhotenství.....	36
Graf 4 - Informovanost	37
Graf 5 - Zdroj informací	38
Graf 6 - Rozvoj závislosti	39
Graf 7 - Teratogen.....	40
Graf 8 - Fetální alkoholový syndrom.....	41
Graf 9 - Příznaky Fetálního alkoholového syndromu.....	42
Graf 10 - Rizikové období	43
Graf 11 - Názor na kouření	44
Graf 12 - Pojem Neonatální abstinční syndrom.....	45
Graf 13 - Příznaky NAS.....	46
Graf 14 - Heroin a plod.....	47
Graf 15 - Abstinční příznaky	48
Graf 16 - Subutex.....	49
Graf 17 - Alkohol v těhotenství	50
Graf 18 - Rizika alkoholu	51
Graf 19 - Rizika tabáku.....	52
Graf 20 - Tvrdé drogy	53

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 VÝVOJ PLODU	16
1.1 BLASTOGENEZE.....	16
1.2 EMBRYOGENEZE	16
1.3 FETOGENEZE	16
1.3.1 TĚHOTENSTVÍ DO 12. TÝDNE.....	16
1.3.2 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 13. – 16. TÝDNE	17
1.3.3 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 17. – 20. TÝDEN	17
1.3.4 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 21. – 24. TÝDEN	17
1.3.5. TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 25. - 28. TÝDEN	17
1.3.6 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 29. – 32. TÝDEN	18
1.3.7 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 33. – 36. TÝDEN	18
1.3.8 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 37. – 40. TÝDEN	18
2 DEFINICE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	19
3 ALKOHOL	21
3.1 ŽENA A ALKOHOL	21
3.2 TERATOGEN	22
3.3 SPEKTRUM VROZENÝCH ALKOHOLOVÝCH PORUCH (FASD)	22
3.3.1 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM (FAS).....	22
3.3.2 FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ EFEKT (FAE)	23
3.3.3 ALCOHOL RELATED NEURODEVELOPMENTAL DISORDER	23
3.3.4 ALCOHOL RELATED BIRTH DEFECT	23

3.4 PREVENCE FASD V ČESKÉ REPUBLICE.....	23
4 KOUŘENÍ TABÁKU.....	25
4.1 SLOŽKY TABÁKOVÉHO KOUŘE	25
4.1.1 NIKOTIN.....	25
4.1.2 DEHET	26
4.1.3 OXID UHELNATÝ.....	26
4.2 DRUHY ZÁVISLOSTÍ NA TABÁKU	26
4.3 HYPERKINETICKÁ PORUCHA POZORNOSTI.....	27
4.4 KOUŘENÍ A ORGANISMUS ŽEN.....	27
5 DROGY	28
5.1 SKUPINY DROG	28
5.2 PRENATÁLNÍ PÉČE O TĚHOTNÉ UŽÍVAJÍCÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	30
5.3 ABSTINENCE V PRŮBĚHU GRAVIDITY	31
5.4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA U TĚHOTNÝCH MATEK	31
5.5 NOVOROZENECKÝ ABSTINENČNÍ SYNDROM	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 POPIS ŘEŠENÍ PROBLÉMU.....	32
6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	32
6.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE	32
6.3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	32
6.4 METODIKA PRŮZKUMU	33
6.5 PRŮZKUMNÝ SOUBOR	33
6.6 TECHNIKA DOTAZNÍKU	33
7 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	54
9 DISKUZE	56
9.1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58

ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Pokud těhotná žena užívá v graviditě drogy a jiné látky, které způsobují závislost, může dojít k nevratnému poškození plodu. Samozřejmě toto závisí na kombinaci zdravotního stavu ženy a jejího životního stylu. Dlouhodobé užívání drogy nebo jiné látky může vyvolat špatný fyzický stav matky – chudokrevnost, podvýživu, nedostatek vitamínů. Všechny tyto faktory mohou působit komplikace během těhotenství a při samotném porodu a poškodit tak vývoj nenarozeného dítěte. Ženy, které vystavují plod těmto škodlivým faktorům, by si měly uvědomit, že nerozhodují jen za sebe, ale i za své nenarozené dítě.

Teoretická část práce se snaží poukázat na rizikové faktory v těhotenství a jejich negativní důsledky pro plod a zabývá se především užíváním alkoholu, drog a kouřením tabáku v těhotenství.

V praktické části práce jsme zjišťovali míru informovanosti těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství a mapovali jejich postoje k užívání návykových látek v těhotenství v závislosti na věku. Součástí průzkumu byl anonymní dotazník, který byl rozdán ženám v pražské dětské herně. Na základě výsledků byly vyvozeny závěry a doporučení, které se týkají osvěty maminek v tomto směru.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ PLODU

Těhotenství a vývoj plodu probíhá plynule a trvá průměrně 10 lunárních měsíců, 280 dní, 40 týdnů. Vývoj plodu se dělí na tři stádia: blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze. V prvních týdnech mluvíme o embryu, od 12. týdne těhotenství, kdy nastupuje období fetálního růstu, začínáme mluvit o plodu.

1.1 BLASTOGENEZE

Během tří týdnů od splnutí buněčných jader vajíčka a spermie probíhá stadium blastogeneze. Probíhá zde první dělení zygoty do stádia vytvoření gastruly

1.2 EMBRYOGENEZE

Začíná kolem 22. dne po oplodnění. Tvoří se hlavně základy mozku a srdce. Už čtvrtý týden je krevní oběh embrya poháněn srdcem zárodka. Šestitýdenní embryo má již poměrně vyvinuté končetiny. Jsou zřetelná oční víčka, nos, ústa a prsty. Lze již identifikovat všechny vnitřní orgány a tvoří se osifikační jádra v kostře plodu, který v této době měří 9cm a váží 14g. Toto období končí kolem 10. týdne. Pohlaví plodu se dá s určitostí rozpoznat po 14 až 16 týdnech, srdeční činnost můžeme zaznamenávat od 6. týdne těhotenství, srdeční činnost můžeme zaznamenávat od 6. týdne těhotenství.

1.3 FETOGENEZE

Toto období se vyznačuje růstem, a funkční diferenciací. Rozlišujeme fetální období časně, které trvá od 9. do 26. týdne těhotenství a pozdní, které probíhá od 27. týdne těhotenství až do porodu. V tomto období je vytvořen základ pro všechny orgány. (ČECH et al., 2006)

1.3.1 TĚHOTENSTVÍ DO 12. TÝDNE

Na začátku 9. týdne těhotenství je hlava největší část embrya – tvoří polovinu jeho délky. Během tří týdnů se růst těla zrychlí, oproti hlavě, kdy se její růst zpomalí. Brada se vzdaluje od hrudníku a prodlužuje se krk. Brada je malá, nos je větší. Obličej je široký s nízko posazenými ušima a daleko od sebe vzdálenými očima. Oční víčka jsou spojená a oddělují se až v 25. týdnu těhotenství. Začínají růst nehty a ledviny

začínají produkovat moč. V tomto období je gastrointestinální trakt průchodný od ústní dutiny po anální otvor. Dolní končetiny jsou kratší než horní končetiny a vyvíjejí se později. Prsty jsou už jasně vyvinuty, je tedy možná flexe a vytvoření pěsti. Délka embrya je 50 – 80 mm a váha 8 – 14 g.

1.3.2 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 13. – 16. TÝDNE

Růst plodu v tomto období se zrychluje, kůže je tenká. Oči se posouvají do centra obličeje a uši na laterální část hlavy. Lanugo (krátké jemné chloupky) je na celém těle, hlavně na hlavě. Vývoj kostí a svalů je rychlejší, plod se napřimuje, horní končetiny jsou kratší než dolní. Pohyby plodu jsou stále častější, ale matka je zatím nezaznamenává. Plod polyká plodovou vodu a začíná se ukládat tuk. Měří 80 – 140 mm a váží 140 – 200 g.

1.3.3 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 17. – 20. TÝDEN

Pohyby plodu jsou už velice intenzivní, matka o nich mluví jako o „kopání“ a vnímá celkově přítomnost plodu v těle. Srdeční akce je stetoskopem slyšitelná. Růst plodu se začíná zpomalovat. Lanugo je vidět už na celém těle, nejvíce na ramenou, plod je navíc pokrytý mazlavou vrstvou vernix caseosa („mázek“), který chrání plod před plodovou vodou. Začínají růst vlasy, řasy a obočí. Pokračuje plicní vývoj.

1.3.4 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 21. – 24. TÝDEN

V tomto období se značně zvyšuje hmotnost, plod je již proporcionálně vytvořen, kůže je červená. Vlasy, řasy a obočí dále rostou a jsou zřetelné. Oko je již vyvinuto a brzy se otevře. Plod měří 200 – 228 mm a hmotnost má kolem 300 – 800 g. (ROZTOČIL et al.,2001)

1.3.5. TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 25. - 28. TÝDEN

Plod už dosáhne vzhledu, jaký bude mít po porodu. Červená vrásčitá kůže způsobuje výraz „starého muže“. Plíce jsou ještě nezralé, mozek se rychle vyvíjí. Regulovat teplotu je plod jen částečně. Jsou již otevřena oční víčka a u plodu mužského pohlaví sestupují varlata. Váha je 1000 – 1200 g a délka je 260 – 300 mm.

1.3.6 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 29. – 32. TÝDEN

Váha se stále zvyšuje a i tuková a svalová tkáň se vyvíjí. Kosti ještě nejsou zcela osifikovány, ale již jsou plně vyvinuty. Kůže už není tak vrásčitá a začíná mít „novorozenecký“ vzhled. Nehty ve 32. Týdnu těhotenství přerůstají konce prstů a plod se může na kůži poškrabat. Hmotnost je 2500 g a délka 350 mm.

1.3.7 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 33. – 36. TÝDEN

Pokračuje růst plodu, ale již se zpomaluje. Začíná mizet lanugo. Plod je již schopen extrauterinního života. Váha je 2500 g a délka 400 mm.

1.3.8 TĚHOTENSTVÍ V OBDOBÍ 37. – 40. TÝDEN

Plod je zralý ve 38. týdnu. Kůže je růžová a hladká. Zmizela velká část lanuga. U plodů ženského pohlaví zůstávají ovaria vysoko v dutině břišní až do porodu a labia majora zakrývají plně labia minora. U mužského pohlaví sestoupila varlata do šourku. Obvod hlavičky je asi o 2 cm větší než obvod hrudníku. Velikost plodu je závislá na genetických a nutričních vlivech a prostředí. Je důležitý věk matky, počet předchozích těhotenství a počet plodů v děložní dutině (dvojčata). Hmotnost plodu je 2600 – 3800 g a délka 45 – 51 mm. (ROZTOČIL et al.,2001)

2 DEFINICE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Drogová závislost se charakterizuje jako závislost na návykových látkách různého typu a patří mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy. Charakteristikou tohoto problému je neodolatelná a nutkavá potřeba k opakovanému užívání látek za účelem změněné reality, a aby nedocházelo ke vzniku nepříjemných stavů, které vznikají při absenci drogy v organismu (abstinenční syndrom).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme drogovou závislost označit jako psychický a fyzický stav, který se charakterizuje změnami v chování. Diagnostikujeme ho, pokud během posledního roku došlo k těmto jevům:

1. Dochází k potížím s kontrolou užívání látky.
2. Objeví se somatický odvykací stav, když se dávka sníží či vynechá.
3. Objeví se silná touha užívat látku.
4. Je vyžadována vyšší dávka látky, než byla původní, aby se dosáhlo daným účinkům látky.
5. Pokračování v požívání i přes důkaz škodlivých následků (psychických i somatických).
6. Postupné zanedbávání jiných povinností, zájmů a potěšení ve prospěch dané látky.

Závislost na drogách se považuje za onemocnění, které se dá diagnostikovat, dá se léčit a je způsob jak jim předcházet. Pod termínem „drogy“ myslíme látky, u kterých je při jejich užití riziko vzniku závislosti. Je třeba si uvědomit, že na skoro každou farmakologicky účinnou látku se může vyvinout závislost. Na vzniku drogové závislosti se podílejí tři složky, které se vzájemně doplňují. Tyto složky jsou: droga, člověk a prostředí.

Droga

Droga je základní činitel při vzniku závislosti. Droga má dvě schopnosti, které jsou schopné vyvolat u jedince dychtění po droze („carving“) a vedou k nutkavému užívání drogy. Je to – vyvolání silného psychického zážitku a vyvolání následných nepříjemných pocitů pokud se přeruší následná aplikace. Tyto vlastnosti látek jsou z pravidla zkoumány na pokusných zvířatech (potkani nebo myši).

Prostředí

Prostředí je faktor, který zjednodušuje vznik drogové závislosti. Tímto prostředím mohou být: neúplné rodiny, nedostatečná rodičovská péče, samota, společnost fetujících přátel nebo kriminální sklony.

Podle průzkumů člověk reaguje na prostředí, které má spojené s drogou, excitací stejných mozkových center, stejně jako při samotné aplikaci drogy. Prostředí působí jako externí posilovač závislostí (external reinforcement) a má, co se týče psychické závislosti, pro člověka stejný význam jako sama droga.

„Prostředím“, může být myšlena místnost, kamarád, určitá melodie, atd.

Organismus

Podle průzkumu drogových závislostí byly dokázány určité znaky, které se týkají osobnosti a genetiky a které mají vliv na závislosti různého typu. Mezi závislými lidmi můžeme obvykle najít jedince zvědavé a zvědavé, kteří rádi experimentují, hledají nové zážitky a nebojí se riskovat. Toto chování se nazývá „sensation seeking behavior“. Velmi často se toto týká umělců a adrenalinových sportovců. Mezi závislými samozřejmě najdeme i obyčejné lidi, kteří mají psychické problémy, sklony k depresím, jsou úzkostliví a impulsivní. Toto svědčí o účasti serotoninu v rozvoji drogových závislostí.

Podle studií je prokázána rozdílná dispozice k drogové závislosti u žen a mužů (sexuální faktor). Muži jsou méně citliví na drogy než ženy. U žen za to může kolísání menstruačního cyklu a závislost se u nich vyvíjí dříve. Ženy také lépe a rychleji reagují na léčbu, na druhou stranu jsou ovšem náchylnější k relapsům v období abstinence. Ještě vyšší citlivost na podanou drogu nalezneme u dětí. Závislost se u nich vyvíjí mnohem rychleji než u dospělých a průběh závislosti bývá mnohem dramatičtější. Dětská závislost mívá závažnější a trvalejší fyzické a psychické následky. (VAVŘÍNKOVÁ et al., 2006)

3 ALKOHOL

Alkohol je vnímán jako zcela běžná součást našeho sociálního a kulturního života, čili je hned vedle cigaret nejrozšířenější a nejčastěji používanou drogou. Pokud se jedná o nebezpečí, které může mít vliv na vývoj plodu, je jednoznačně nejnebezpečnější. Jelikož požívání alkoholu může negativně ovlivnit celý život nenarozeného dítěte, je jediným preventivním opatřením abstinence v průběhu gravidity.

Pokud těhotná nadměrně užívá alkohol jednou za týden už na samotném začátku těhotenství (0. – 6. týden těhotenství), může dojít k poruchám spánku a poruchám temperamentu již v kojeneckém věku. Proto by ženy, které plánují otěhotnět, měly abstinovat už dlouho před plánovaným početím.

Pokud těhotná žena pije alkohol, je jeho koncentrace v krevním řečišti plodu stejná jako její. Játra plodu ovšem, na rozdíl od matčiných, nedokážou odbourávat alkohol tak, jako u dospělého člověka. Po konzumaci alkoholu je koncentrace v krvi dítěte během druhé a třetí hodiny dokonce vyšší než u matky.

Alkohol způsobuje široké spektrum vrozených vývojových vad (VVV) počínaje poškozeními až před těžké handicapy a může končit i smrtí. Může mít za vinu znetvoření částí těla i obličeje, růstové vady, poruchy mozku a špatný růst orgánů. Je považován za hlavní příčinu mentální retardace, ale zároveň za jedinou příčinu, které se mlže za správných okolností předejít. U žen se sklonem ke konzumaci alkoholu je potřeba speciální pozornosti a to jak od blízkých tak i od zdravotnického personálu. (VELEMÍNSKÝ et al., 2008)

3.1 ŽENA A ALKOHOL

Vzhledem ke snaze zrovnoprávnění muže a ženy a jejich postavení ve společnosti se změnil i vztah žen k alkoholu. Pití alkoholu bylo v minulosti výsadou spíše mužů, v dnešní době je pití u žen společností tolerováno. Užívání alkoholu se objevuje mnohem častěji u nižších věkových skupin, čímž zasahuje do fertilního období ženy a tím souvisí riziko poškození plodu v těhotenství. Reprodukční zdraví ženy může být alkoholem ohroženo hormonálními deficity, narušenou funkcí vaječnicků až neplodností. (SCHMIDTOVÁ, 2007)

I ženská psychika je náchylnější na závislost na alkoholu. Rozvíjí se rychleji než u mužů a po menších dávkách podaného alkoholu. Ženy alkoholem řeší většinou

zátěžové situace, deprese a úzkosti a je pro ně typické, že pijí tajně a o samotě. (NEŠPOR et al., 2002)

3.2 TERATOGEN

Teratogeny jsou faktory vnějšího prostředí. Jsou fyzické, chemické či biologické a jsou schopny zapříčinit vznik vrozených vývojových vad. Jelikož je CNS vysoce citlivá k teratogenezi, je v dnešní době prenatální expozice alkoholu hlavní příčinou mentální retardace. Látková výměna probíhá přes placentární membránu do fetálního krevního oběhu. Jelikož játra plodu nemají dostatečnou funkci, dochází k mnohem pomalejšímu odbourávání alkoholu. To má za následek, že koncentrace alkoholu k krevním řečišti plodu je po několika hodinách vyšší než v krvi matky. (VIŠŇOVSKÝ, 2002)

3.3 SPEKTRUM VROZENÝCH ALKOHLOVÝCH PORUCH (FASD)

Jelikož alkohol způsobuje širokou škálu postižení různých stupňů podle závažnosti, řadí se do spektra vrozených alkoholových poruch – Fetal Alcohol spectrum Disorder (FASD). Spektrum zahrnuje: FAS – Fetální alkoholový syndrom, FAE – Fetal Alcoholic Effect, ARBD – Alcohol Related Birth Defect, ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders. (SCHMIDOVÁ, 2007)

3.3.1 FETÁLNÍ ALKOHLOVÝ SYNDROM (FAS)

Fetální alkoholový syndrom je vážné poškození plodu. Charakteristické je pro něj poškození mozku, malý vzrůst a hlavně charakteristické rysy v obličeji – krátké oční štěrby, oči daleko od sebe, chybějící rýha mezi nosem a rtem, malá ustupující brada a níž položené uši. K diagnostice FAS je potřeba najít alespoň dva tyto znaky. Mozková poškození se projevují neobvyklými způsoby chování a reakcemi u novorozence nebo neurologickými symptomy po porodu. U některých dětí se může projevit až později, např. pomalejším růstem, opožděným psychomotorickým vývojem, dítě může mít problémy se soustředěním ve škole, problémy s chováním a mohou se objevit poruchy mentální a intelektuální retardace. Přibližně u poloviny dětí s FAS se mohou objevit i vrozené deformace orgánů, např. srdce, dolních končetin, rtu, močových cest nebo pohlavních orgánů. Vývoj takto postižených dětí je často zpomalen a to jak růstově

(výška, váha a obvod hlavy), tak i intelektuálně. Navíc může být narušen psychický a sociální vývoj dítěte. Děti s FAS mívají menší IQ, pohybuje se kolem 60-70 IQ. Je také dokázáno, že 1/3 dětí vykazuje agresivní chování. (VELEMÍNSKÝ et al., 2008)

3.3.2 FETÁLNÍ ALKOHLOVÝ EFEKT (FAE)

Fetální alkoholový efekt je mírnější forma fetálního alkoholového syndromu. U dítěte se objevuje jeden nebo dva znaky ze tří, které jsou uvedeny jako charakteristika FAS (růstová retardace, poruchy centrální nervové soustavy, charakteristické znaky v obličeji).

U některých dětí se diagnostikuje až ve školním věku, kdy se u dítěte objevují poruchy učení a chování. U některých dětí se fetální alkoholový syndrom nebo fetální alkoholový efekt nediodagnostikuje nikdy a jejich výchyly v chování jsou považovány, např. za hyperaktivitu s poruchou pozornosti nebo za opoždění ve vývoji. (VELEMÍNSKÝ et al., 2008)

3.3.3 ALCOHOL RELATED NEURODEVELOPMENTAL DISORDER

Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND) je typ méně závažného poškození plodu, který je definován poškozením nervového systému.

Z charakteristických somatických znaků, které jsou pro FAS typické, není žádný přítomen. Projevují se poruchy učení, zhoršení paměti, špatné soustředění, sníženou sebekontrolou a menší schopností pochopení sociálních situací.

3.3.4 ALCOHOL RELATED BIRTH DEFECT

Alcohol Related Birth Defect (ARBN) je také druh méně závažného poškození, projevující se jen somatickými znaky. Jsou podobná jako u FAS, ale v mnohem menší míře. Centrální nervová soustava není postižena.

3.4 PREVENCE FASD V ČESKÉ REPUBLICCE

Světová zdravotnická organizace (WHO) prosazuje Evropský akční plán o alkoholu, ke kterému se připojila i Česká republika. Definoje deset strategií, které mají za úkol snížit negativní dopady alkoholu na zdraví lidí. Dále vládní dokument Zdraví 21, který má v České republice za cíl zlepšit zdravotní stav obyvatel. Tento dokument má 21 cílů. Jeden z nich se věnuje návykovým látkám. „*Snížit škody způsobené*

alkoholem, drogami a tabákem. Do roku 2015 by mělo být dosaženo: mezi osobami staršími 15 let by mělo být 80 % nekuřáků, do 15 let věku 100 %. Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů na osobu za rok a u osob do 15 let by měla být nulová.“ (MALÁ et al.,2007,s.66) Tyto programy ovšem nejsou zaměřeny na těhotné ženy, ale na širokou veřejnost. Pro těhotné ženy v České republice ještě nebyl cílený program realizován. FAS má i svůj mezinárodní den. Tento den připadá na 9. září. Jeho cílem je prevence a pomoc dětem, které trpí FASD. (MALÁ et al., 2007)

4 KOUŘENÍ TABÁKU

Kouření má vliv už na plodnost. Odborníci z oblasti asistované reprodukce poukazují na negativní vliv kouření na otěhotnění při embryotransferu. Za tento stav pravděpodobně odpovídá stav endometria (děložní sliznice). Existuje též studie, která vykazuje, že ženy, které byly vystaveny vlivu kouření in utero, mají sníženou fertilitu. Partneři-kuřáci mohou mít horší kvalitu spermatu, což nepříznivě ovlivňuje samotnou implantaci.

Vzhledem k tomu, že vliv nikotinu užívaného v těhotenství je studován zejména kvůli syndromu náhlého úmrtí plodu, je otázce ukončení kouření v graviditě věnována velká pozornost. (NACHANSKÁ,2012)

4.1 SLOŽKY TABÁKOVÉHO KOUŘE

Tabákový kouř je složen ze dvou fází. První je fáze plynná a tvoří asi 90 % a druhá je fáze pevná. Tabákový kouř obsahuje 64 karcinogenů, toxické látky, mutageny a alergeny.(SLEZÁK, 2006)

4.1.1 NIKOTIN

Nikotin je v naší společnosti běžně akceptován, a proto patří k nejrozšířenějším omamným prostředkům. Kouř z cigarety obsahuje asi 1200 různých chemických látek a velká část u nich je rakovinotvorná. V jedné cigaretě je asi 2,9 mg nikotinu, který se do mozku dostává asi za 10 sekund. Malá dávka nikotinu způsobuje soustředěnost, naopak větší dávka uklidňuje. Jde o látku návykovou, jelikož nikotin stimuluje nervový systém a pokud člověk s kouřením přestane, mohou se u něj objevit abstinenční příznaky. Tyto příznaky se projevují nervozitou, neklidem, podrážděností, poruchami koncentrace a nechutí k jídlu. Tyto příznaky se mohou objevit po 2 hodinách od poslední cigarety. Během těhotenství má nepříznivý vliv na vývoj plodu zvýšená spotřeba kyslíku, jelikož během kouření stoupá množství oxidu uhelnatého. Nikotin, který prochází placentou, má o 15% zvýšenou koncentraci pro plod než v krvi matky. (VELEMÍNSKÝ, 2008)

4.1.2 DEHET

Dehet je páchnoucí hnědá kapalina, kterou obsahují všechny cigarety a způsobuje rakovinové bujení. V posledních letech se průměrný obsah dehtu v cigaretách snižuje.

4.1.3 OXID UHELNATÝ

Oxid uhelnatý je reaktivní látka, je bezbarvá a málo rozpustná ve vodě. Je to jedovatý plyn bez zápachu a může zapříčinit otravu. Jeho toxicita je dána tím, že se váže na hemoglobin, což je červené krevní barvivo. Vazba oxidu uhelnatého na hemoglobin je velmi pevná. Tento plyn se neuvolňuje ve tkáních, čímž poškozenému hemoglobinu blokuje další přenos plynů z plic do tkání. To může způsobit smrt vnitřním udušením. (MAREČEK, 2005)

4.2 DRUHY ZÁVISLOSTÍ NA TABÁKU

Psychosociální závislost

Sociální závislostí kouření začíná většinou ve společnosti, kde je lidem dobře a kde se kouří. Nekuřit v takovém prostředí je velmi těžké, a proto většina nekuřáků podlehne a zapálí si. Později si začnou zapalovat při různých situacích a začíná další vazba – psychická, kdy cigareta začíná být pomocníkem, který pomáhá zvládat různé situace. Takto se cigareta stane samozřejmostí v životě a v chování. Pokud dojde k psychosociální závislosti, jedná se o závislost jen na cigaretě. Nejdůležitější je cigaretu držet v ruce, nikotin už není to nejdůležitější.

Fyzická závislost

Po určité době, která je u každého jedince jiná, se objeví závislost na nikotinu. Někteří kuřáci, kteří zůstanou občasnými, příležitostnými kuřáky, se mohou fyzické závislosti vyhnout po celý život. Jedná se ale o výjimky, okolo 85 % kuřáků je na nikotinu závislých. Nikotinová závislost se pozná podle toho, že člověk vykouří denně 10-15 cigaret za den a první si zapálí do hodiny po probuzení. (KRÁLÍKOVÁ, 2003)

4.3 HYPERKINETICKÁ PORUCHA POZORNOSTI

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) je Hyperkinetická porucha pozornosti, která je definována jako neurovývojová porucha a která se objevuje nejčastěji u dětí školního věku.

Podle výzkumů se ukázalo, že působení tabákového kouře v prenatálním období má za vinu větší množství problémů s chováním a horší výsledky ve škole. Děti kuřaček jsou horší v psaní a v matematice. (HRONEK, 2005)

4.4 KOUŘENÍ A ORGANISMUS ŽEN

Ženy jsou ke kouření náchylnější, za což může psychická labilita. Je pro ně těžší s kouřením přestat než pro muže. Ženský organismus je mnohem vnímavější vůči oxidačnímu stresu, který vzniká vlivem kouření. Největší následky na zdraví jsou v oblasti reprodukce a gravidity, jelikož kouření ohrožuje jak ženu, tak i nenarozený plod. Ženy, které užívají kombinovanou antikoncepci a kouří, mají riziko srdečních chorob až 20krát vyšší a riziko cévní mozkové příhody 7krát vyšší než nekuřačky se stejnou antikoncepcí. (KRÁLÍKOVÁ, 2004)

5 DROGY

Tyto látky působí psychostimulačně. Vyvolávají euforické stavy, potlačují depresi a úzkost a vyvolávají iluze a halucinace.

Látka může být do těla aplikována různými způsoby – per os, intravenózně, inhalačně – kouřením, čicháním či šňupáním.

Drogy se dělí na legální (alkohol, tabák, kofein) a na drogy nelegální (sedativa, stimulantia, halucinogeny, opiáty a organická rozpouštědla).

(VAVŘÍNKOVÁ et al., 2006)

5.1 SKUPINY DROG

Opioidy

Jsou to alkaloidy, které se získávají ze surového opia (hnědá hmota), která se získává naříznutím nezralé makovice. Základní alkaloidy obsažené v opiu jsou morfin, kodein, papaverin, thebain, atd. Opiáty mají psychotropní efekt, který je zklidňující.

Typický projev závislosti na opioidech je vznik tzv. tolerance, kdy je potřeba stále vyšších dávek k dosažení požadovaného efektu. U opiátu nevznikají toxické psychózy. Rozvoj tolerance je velice rychlý a je potřeba stále vyšších dávek. V začátcích užívání nastupují po aplikaci příjemné prožitky, po odeznění se psychika vrací k normálu. Až později se po odeznění účinků objevuje abstinenci syndrom (bolesti svalů, kloubů, zvýšené pocení, nauzea, svalové a viscerální křeče). Při dlouhodobém užívání se snižuje tělesná hmotnost, čímž vznikají poruchy menstruace.

Typickým představitelem opiátů je heroin. Je to nejrozšířenější droga u nás, a to i u těhotných žen. Heroin je možné podávat intravenózně, kouřit, šňupat.

Stimulační drogy

Tyto drogy mají za efekt celkovou stimulaci. Odstraňují únavu, navozují pocit zvýšené psychické i fyzické kondice, stav euforizace, zvyšuje empatii a uvolňuje zábrany. Tyto drogy patří ve světě k velmi oblíbeným.

Kokain

Je to typický představitel stimulačních drog. Je obsažený v listech keře Erythroxyton coca, čili jde o přírodní drogu. Maximální dávka kokainu je udávána 30-50 mg, ale jelikož účinek trvá kolem 20-30 minut, je u těžkých závislostí nutnost dávky

opakovat až 10-20krát za den. Kokain má vliv na sexuální apetenci hlavně u žen, proto je velice oblíbený mezi prostitutkami. Doprovodným jevem je ztráta k chuti k jídlu, proto jsou uživatelky velice hubené. Postupně dochází k rozvoji toxické psychózy, vznik je velice nenápadný a dlouhodobý. Vynechání drogy způsobuje těžké abstinenční příznaky, které vedou k depresi a podrážděnosti.

Kokain, který je rozpustný ve vodě (hydrochlorid) se aplikuje perorálně, intravenózně, subkutánně, intranasálně, vaginálně, rektálně či inhalačně. Šňupání způsobuje výraznou vazokonstrikci nosní sliznice a nosní přepážky. Nerozpustný kokain (free base kokain), se inhaluje nebo kouří. Tento typ se označuje jako crack a je to směs hydrochloridu kokainia a bikarbonátu sodného. Má velmi rychlý účinek a vede velmi rychle k závislosti.

Pervitin

Pervitin – metamfetamin, patří mezi stimulační drogy a je to nejrozšířenější droga u nás. Vyrábí se z efedrinu, který se získává z různých kompozitních léků. Opakování užívání vyšších dávek způsobují paranoidně-halucinatorní psychózu, která je podobná schizofrenii. Přidávají se i sluchové a zrakové halucinace. Toxická psychóza je velmi závažný stav, ale na adekvátní léčbu reaguje poměrně dobře. Pervitin je tzv. rekreační droga a je velmi oblíbená, hůř se ovšem zvládá její užívání. Narkomani, kteří užívají pervitin, po nějaké době většinou přecházejí k opiátům.

Extáze

Extáze je také stimulační droga tzv. ecstasy (MDMA). MDMA se dříve používalo jako lék v psychiatrii. Tablety mívají různý design (barevné tabletky vyrytými obrázky). Po užití tablety se dostavuje pocit euforizace a trvá kolem dvou hodin. S vysokými dávkami začínají problémy organismu s regulováním teploty, což může vést k hypertermii a následnému poškození jater a ledvin. Při intoxikaci se projevuje tachykardií, elevací krevního tlaku, nespavostí a nervozitou. Časem se může vyvolat stav toxické psychózy. (VAVŘÍNKOVÁ et al., 2006)

Kanabonoidy

Cannabis sativa (konopí seté) je zdrojem tetrahydrocannabinolu – THC. Je to nejstarší rostlina, pěstovaná pro psychotropní účinky. Záznamy o jejím pěstování jsou staré více než 5000 let. Označení hašiš je používáno pro zaslou a zformovanou

pryskyřici. Marihuana jsou sušené listy. V České republice má podle výzkumů zkušenost s marihuanou 32% 16letých a 42-46% 15-18letých mladých lidí. Nejčastějším způsobem užívání je kouření. Chronické užívání ovlivňuje reprodukční funkce žen (nepravidelnosti menstruačního cyklu) i mužů (mortalita spermií). Je zodpovědná za poruchy paměti, které se při dlouhodobém užívání mohou prohloubit až v demenci. Užívání je zpravidla rekreační a ženám většinou nedělá problémy s užíváním v těhotenství přestat. Z hlediska přenosů HIV a hepatitid je neriziková.

Halucinogeny

Základním efektem těchto drog je změna vnímání, která může vyvolat až toxické halucinatorní psychózy. Abstinenci syndrom se po užití těchto drog nevyskytuje, jelikož nedochází k fyzickému poškození organismu a k typické závislosti. LSD – lysergamid, po užití této drogy v menší dávce dochází k euforizaci, poruchám vnímání a zaostřenému vnímání barev a zvuků. Účinek je dlouhý, trvá 8-12 hodin. Po užití plné dávky LSD dochází ke stavům hlubokého narušení normální psychiky, poruchám vnímání a myšlení. Po užití může dojít ke stavu, známém pod názvem „flash back“, který po delší abstinenci nastane, aniž by droga byla znova aplikována. Pravděpodobně za to může to, že malá množství drog zůstávají ve tkáních dlouhou dobu (až rok) a při některých situacích se mohou uvolnit do oběhu a působit na receptory CNS. (VAVŘÍNKOVÁ et al., 2006)

5.2 PRENATÁLNÍ PÉČE O TĚHOTNÉ UŽÍVAJÍCÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Prenatální péče je stejná jak u žen, které návykové látky užívají i u těch, které je neužívají. Těhotná žena užívající návykové látky by měla být vyšetřena nejen gynekologem a porodní asistentkou, ale i drogovým specialistou. Navíc se doporučuje kontakt se zařízením zabývajícím se touto problematikou.

Pokud je užíváno malé množství drogy (stimulancia), je možnost ambulantní léčby, u masivnějšího užívání je doporučena léčba ústavní.

Ženám, které užívají opiáty do 300 mg, je doporučena detoxifikační léčba a poté léčba ambulantní. V této fázi se musí zvážit klientky motivace a možnosti úspěšné abstinence. Klientkám, které nejsou schopny abstinovat nebo užívají dávku nad 500mg, je doporučena substituční terapie buprenorfinem či methadonem.

5.3 ABSTINENCE V PRŮBĚHU GRAVIDITY

Pokud těhotná žena kouří, pije alkohol nebo užívá jiné látky, je samozřejmě doporučena abstinence v průběhu těhotenství a případná léčba abstinčních příznaků. Pokud ovšem žena užívá opioidy, je situace jiná, jelikož organismus může na vysazení opioidů reagovat s výraznými komplikacemi. Může dojít k výrazným komplikacím, ztrátě plodu či ohrožení těhotné ženy. Tyto ženy potřebují být léčeny substituční léčbou. (SEDLÁČKOVÁ, 2007)

5.4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA U TĚHOTNÝCH MATEK

Pokud se jedná o závislost na opiátech, používá se k léčbě methadon, který v CNS působí podobně jako morfium. Má silné analgetické účinky, tlumivý efekt, ovlivňuje hladké svalstvo a snižuje bazální metabolismus. Dosud převažuje forma perorálního užívání metadonu, ale v poslední době je stále častěji předepisován buprenorfin (Subutex). Jedná se o syntetickou látku, a jelikož působí agonisticky (jako morfin) a zároveň antagonisticky (ruší působení morfinu) je tedy mírnější než ostatní opioidy. Výhoda buprenorfinu je, že obsahuje protilátku, která blokuje tlumivý efekt jiných opioidů (např. heroinu). Buprenorfin a methadon jsou pro plod bezpečnější.

Pokud je těhotná žena zařazena do substitučního programu, má tříměsíční adaptační dobu, při které může přetrvávat užívání ostatních nelegálních návykových látek. Před zařazením musí být provedeno interní vyšetření lékařem. Do programu musí klientka docházet denně, je pravidelně kontrolován její zdravotní stav a je prováděna kontrola moči na přítomnost nelegálních návykových látek. Novorozenci, kteří se narodí matkám závislým na drogách, jsou většinou předurčení k pobytu v kojeneckých ústavech nebo jiných sociálních zařízeních.

5.5 NOVOROZENECKÝ ABSTINENČNÍ SYNDROM

Oproti matce, má plod velmi omezené možnosti metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny. U narozeného dítěte je možné prokázat klinický významné hladiny drog ještě několik hodin až dnů po porodu. Drogy, které mají tlumivé účinky na CNS, jsou zodpovědné za vznik fyzické závislosti novorozence – tzv. abstinční syndrom novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS). Tyto příznaky mohou přetrvávat 3 – 4 měsíce po porodu. (SEDLÁČKOVÁ, 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 POPIS ŘEŠENÍ PROBLÉMU

6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Míra informovanosti těhotných žen a žen ve fertilním věku o rizikových faktorech v těhotenství a postoje k užívání návykových látek v těhotenství v závislosti na věku.

6.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti těhotných žen a žen ve fertilním věku o rizikových faktorech v těhotenství v závislosti na věku.

Cíl 2: Zjistit, z jakých zdrojů nejčastěji čerpají ženy informace o rizikových faktorech v těhotenství.

Cíl 3: Zjistit, zda se respondentky cítí být dostatečně informovány o problematice rizikových faktorů v těhotenství ze strany zdravotnického personálu.

Cíl 4: Zjistit postoje respondentek k užívání návykových látek v těhotenství v závislosti na věku.

6.3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Otázka1: Předpokládáme, že těhotné ženy mladší věkové kategorie jsou méně informovány o rizikových faktorech v těhotenství než starší ženy.

Otázka2: Předpokládáme, že těhotné ženy nejčastěji čerpají zdroje o rizikových faktorech v těhotenství z internetových zdrojů.

Otázka3: Předpokládáme, že se respondentky necítí být dostatečně informovány o rizikových faktorech v těhotenství od zdravotnického personálu.

Otázka4: Předpokládáme, že respondentky věkové skupiny 30 let a víc, budou mít méně tolerantní postoj k užívání návykových látek v těhotenství, než ženy ve věku 18 - 29 let.

6.4 METODIKA PRŮZKUMU

Metodikou průzkumu byla zvolena kvantitativní forma anonymního dotazníkového průzkumného šetření. Časový plán průzkumu byl stanoven na únor - březen 2014.

6.5 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvořily těhotné ženy, které byly s ohledem na stanovené cíle bakalářské práce rozděleny do dvou skupin dle věku, a to 18 – 29 let a 30 a více let. Průzkumného šetření se zúčastnilo 53 respondentek.

6.6 TECHNIKA DOTAZNÍKU

Dotazník obsahoval 21 položek. Během února 2014 byl rozdán mezi těhotné ženy v dětské herně na Praze 10 – Hostivař. Dotazník se skládal z otázek identifikačních, uzavřených, pouze u jedné položky mohly respondentky doplnit vlastní odpověď. U každé položky bylo možno označit pouze jednu odpověď.

Dotazníků bylo rozdáno celkem 60. Sedm dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění. Response činila 88,3%. Průzkum byl vyhodnocován metodou jednostupňového třídění za využití programů Word a Excel.

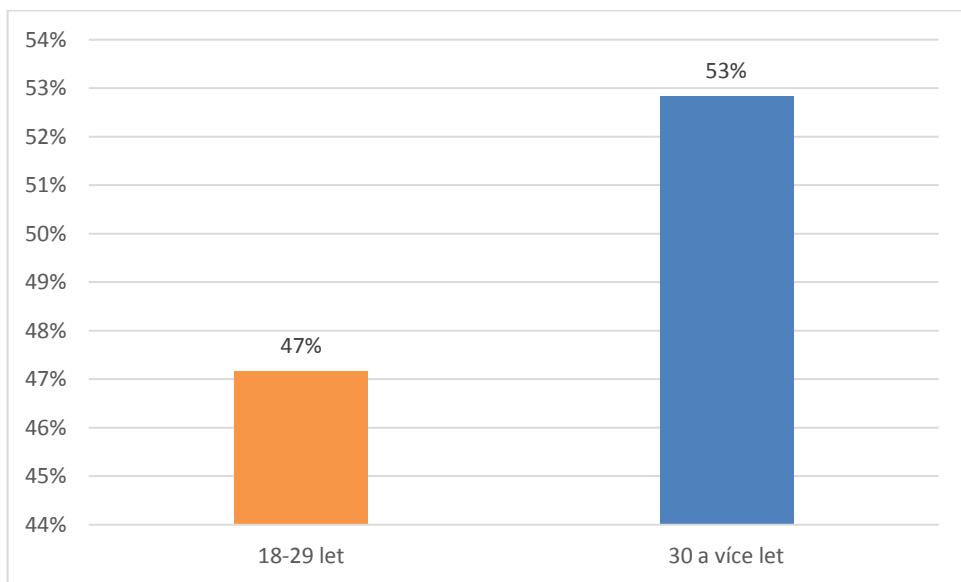
7 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka 1 – Kolik je Vám let?

Tabulka 1 - Věk respondentek

18-29 let		30 a více let	
Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
25	47%	28	53%

Graf 1 - Věk respondentek



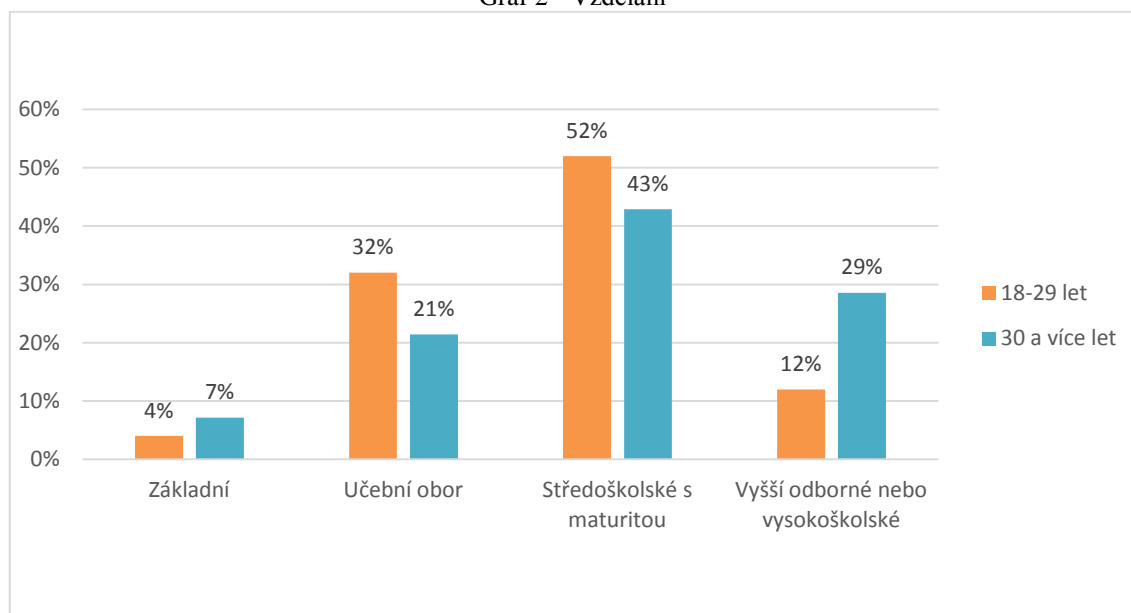
Z celkového počtu respondentek 53 (100 %), bylo větší zastoupení žen ve skupině 30 let a více – 53 % a ve skupině 18-29 let bylo 47 %.

Položka 2 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

Tabulka 2 - Vzdělání

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Základní	1	4%	2	7%
Učební obor	8	32%	6	21%
Středoškolské s maturitou	13	52%	12	43%
Vyšší odborné nebo vysokoškolské	3	12%	8	29%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 2 - Vzdělání



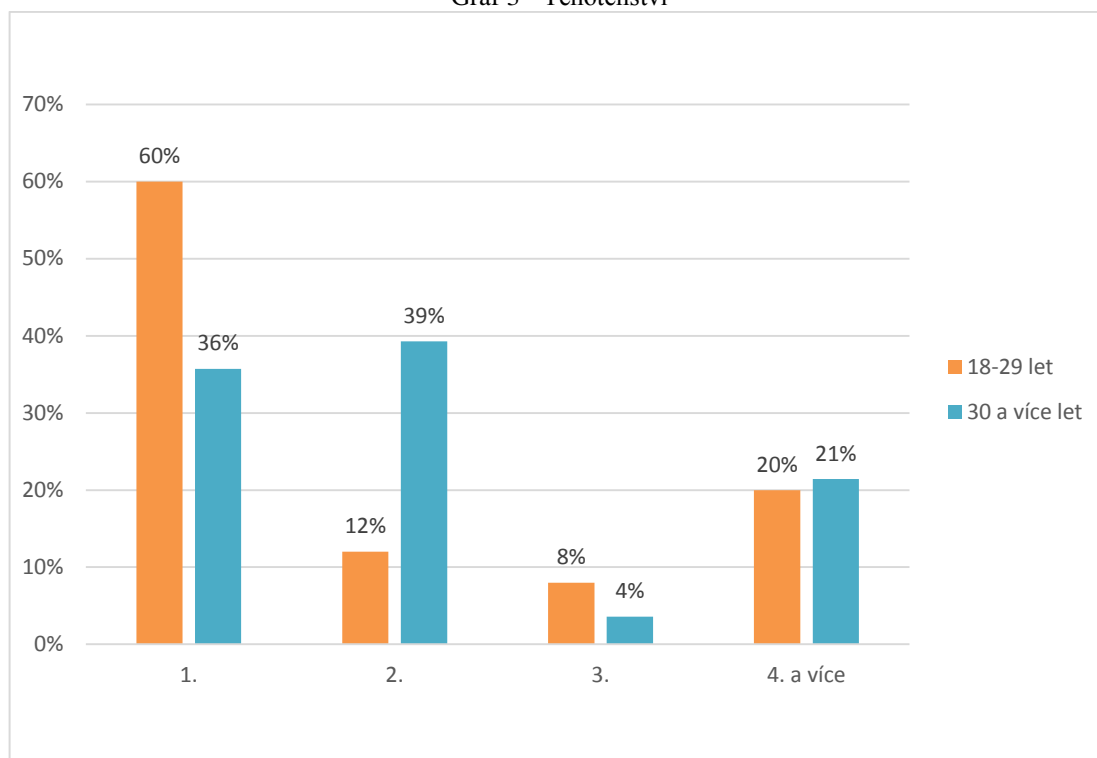
Z celkového počtu 53 respondentek převládalo středoškolské vzdělání. U skupiny 18-29 let mělo SŠ vzdělání 13 (52 %) respondentek, ve skupině 30 a více let 12 respondentek (43 %). Druhou nejpočetnější skupinou dle vzdělání byl učební obor, skupina 18-29 let 8 (32 %), skupina 30 let a více 6 (21 %). Vyšší odborné nebo vysokoškolské bylo zastoupeno u skupiny 18-29 let 3 (12 %) a ve skupině 30 a více let 8 respondentkami (29 %). Nejméně respondentek mělo základní vzdělání skupina 18-29 let 1 (4 %) a skupina 30 a více let 2 (7 %).

Položka 3 – Kolikáté je Vaše nynější těhotenství?

Tabulka 3- Těhotenství

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
1.	15	60%	10	36%
2.	3	12%	11	39%
3.	2	8%	1	4%
4. a více	5	20%	6	21%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 3 - Těhotenství



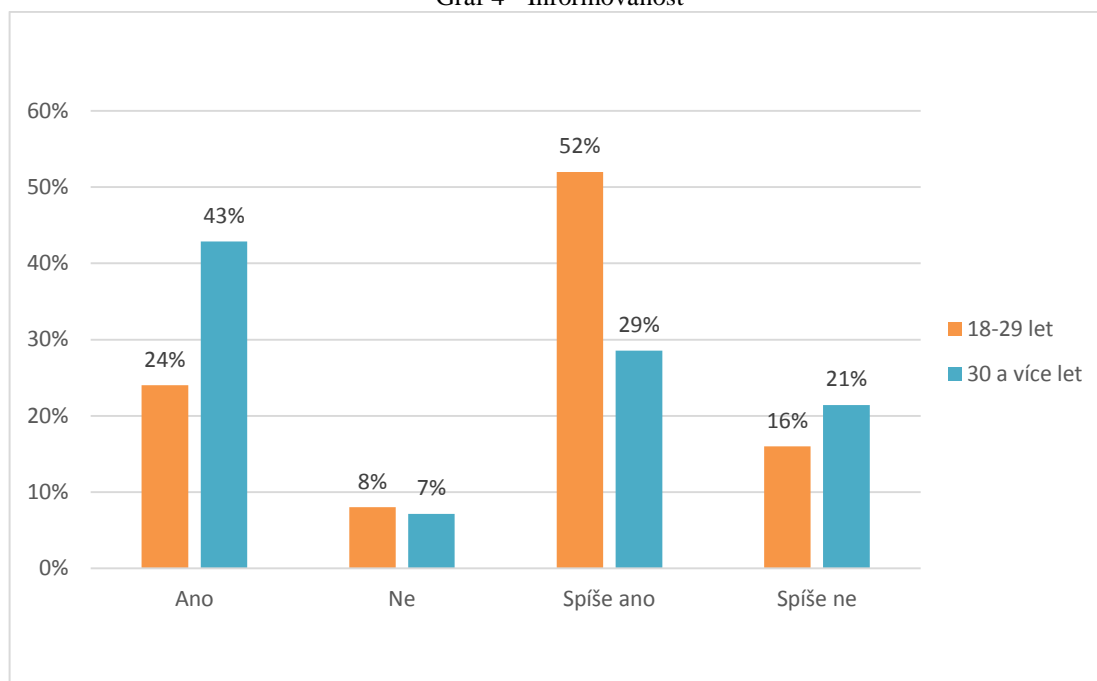
Třetí položka zjišťovala počet těhotenství. První těhotenství označilo u skupiny 18-29 let 15 respondentek (60 %) u skupiny 30 a více let 10 respondentek (36 %). Druhé těhotenství skupina 18-29 let 3 (12 %), skupina 30 a více let 11 (39%). Pořetí těhotné byly ve skupině 18 -29 let 2 (8 %) a ve skupině 30 a více let 1 respondentka (4 %). Čtvrté těhotenství skupina 18-29 let 5 (20 %) a skupina 30 a více let 6 (21%).

Položka 4 – Cítíte se být dostatečně informovaná o rizikových faktorech v těhotenství?

Tabulka 4 - Informovanost

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	6	24%	12	43%
Ne	2	8%	2	7%
Spíše ano	13	52%	8	29%
Spíše ne	4	16%	6	21%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 4 - Informovanost



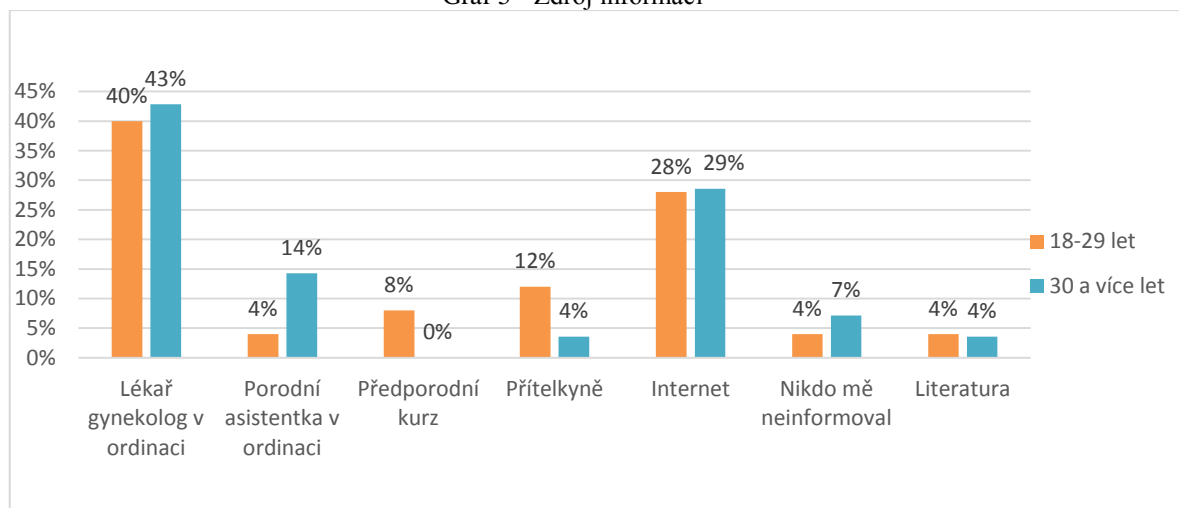
V otázce informovanosti o rizikových faktorech v těhotenství se většina respondentek cítila být informována. Ve skupině mladších respondentek ve věku 18-29 let se cítilo být 19 (76 %) respondentek zcela nebo spíše dostatečně informováno a ve skupině starších respondentek se cítilo být dostatečně či spíše dostatečně informováno 20 respondentek (72 %). Naopak neinformované nebo spíše neinformované, se cítili být ženy ve věku 18 – 29 let v počtu 6 (24 %) a ženy starší 30 let v počtu 8 (28 %).

Položka 5 – Hlavním zdrojem informací o rizikových faktorech v těhotenství byl pro Vás:

Tabulka 5 - Zdroj informací

	18-29 let		30 a více let	
	absolutní	relativní	absolutní	Relativní
Lékař gynekolog v ordinaci	10	40%	12	43%
Porodní asistentka v ordinaci	1	4%	4	14%
Předporodní kurz	2	8%	0	0%
Přítelkyně	3	12%	1	4%
Internet	7	28%	8	29%
Nikdo mě neinformoval	1	4%	2	7%
Literatura	1	4%	1	4%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 5 - Zdroj informací



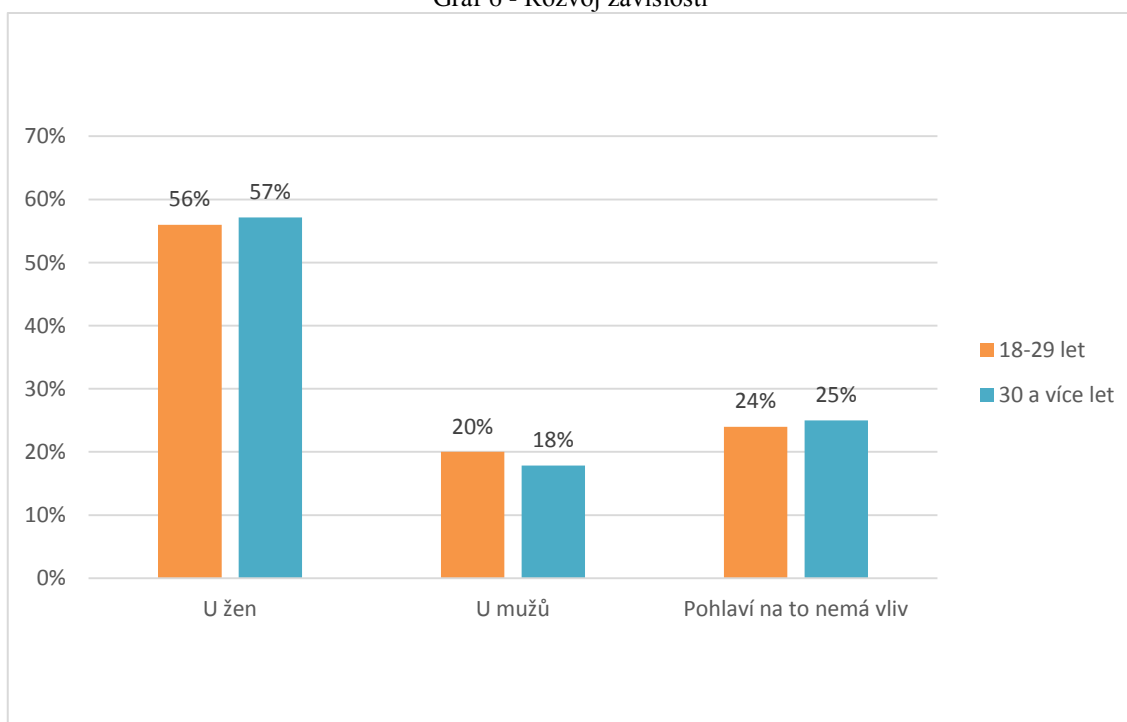
Nejvíce informací získaly ženy v obou věkových skupinách od lékaře. Respondentky ve věku 18-29 let 10 (40 %) a respondentky starší 30 let 12 (43 %). Na druhém místě se v obou sledovaných skupinách žen jako zdroj informací umístil internet. U mladších žen 7 (28 %) u starších respondentek 8 (29 %). Porodní asistentku označila pouze 1 (4 %) respondentka mladší věkové skupiny a 4 (14 %) respondentky starší 30 let. Naopak obě skupiny jsou poměrně málo informované prostřednictvím literatury, shodně pouze 4% dotazovaných. Jako zdroje ve velmi omezeném počtu figurují přítelkyně, od které získaly informace jen 3 (12%) respondentky v mladší věkové skupině a pouze 1 respondentka (4 %) starší 30 let. Předporodní kurz jako zdroj informací nevedla ani jedna žena starší 30 let, mladší ženy byly 2 (8 %). 1 respondentka (4 %) ve věku 18-29 let že ji nikdo neinformoval, ve věkové skupině 30 let a více takto odpověděly 2 (7 %) respondentky.

Položka 6 – Závislost na alkoholu se rozvíjí rychleji:

Tabulka 6 - Rozvoj závislosti

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
U žen	14	56%	16	57%
U mužů	5	20%	5	18%
Pohlaví na to nemá vliv	6	24%	7	25%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 6 - Rozvoj závislosti



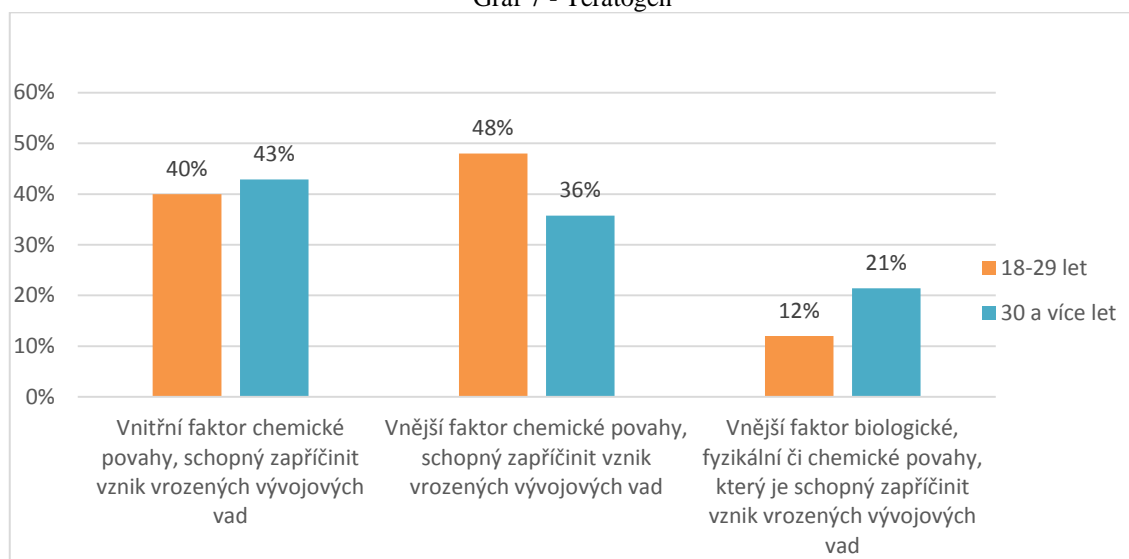
Na tuto položku odpovědělo správně 14 (56 %) žen 18-29 let a 16 (57 %) žen 30 a více let. 6 (24 %) mladších a 7 (25 %) starších žen se domnívá, že pohlaví nemá na rozvoj závislosti vliv. Druhou špatnou odpověď, tedy že se závislost objevuje častěji u muže, odpovědělo 5 (20 %) respondentek ve věku 18-29 let a 5 (18 %) žen 30 let a více.

Položka 7 – Co je to teratogen?

Tabulka 7 - Teratogen

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Vnitřní faktor chemické povahy, schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad	10	40%	12	43%
Vnější faktor chemické povahy, schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad	12	48%	10	36%
Vnější faktor biologické, fyzikální či chemické povahy, který je schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad	3	12%	6	21%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 7 - Teratogen



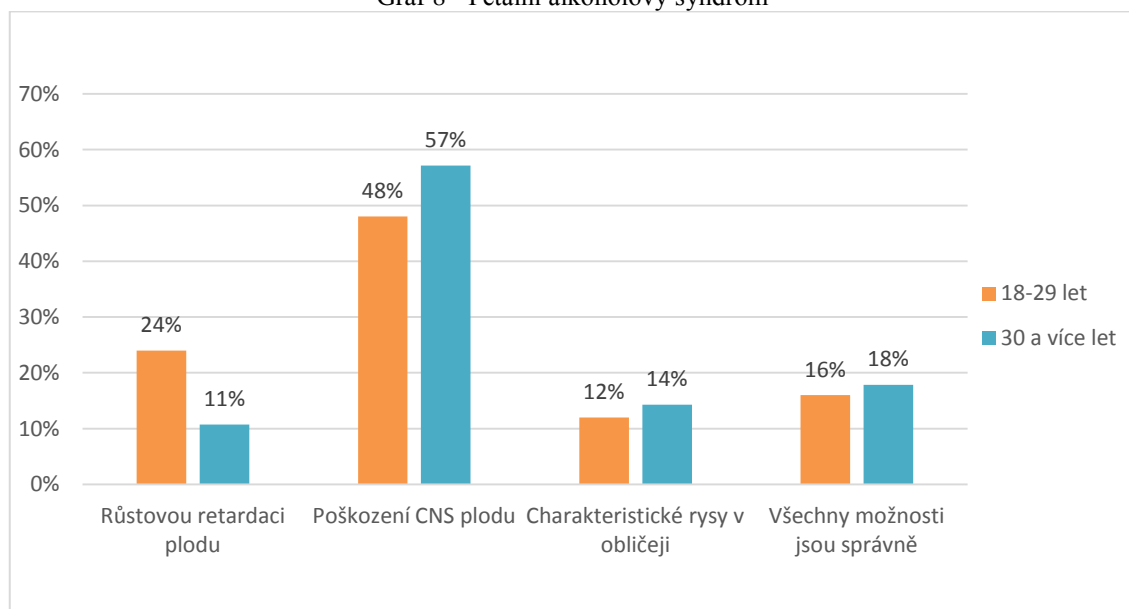
Překvapující byla analýza odpovědí na otázku týkající se znalosti termínu teratogen. Až 88 % žen ve věkové kategorii 18- 29 neznalo termín teratogen, ve věkové kategorii 30 a více tento pojem neznalo 79 %. Správnou odpověď označilo u mladších žen pouze 3 (12 %) a pouze 6 (21 %) u žen starších 30 let.

Položka 8 - Fetální alkoholový syndrom (vážné poškození plodu při nadměrném užívání alkoholu v těhotenství) způsobuje:

Tabulka 8 - Fetální alkoholový syndrom

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Růstovou retardaci plodu	6	24%	3	11%
Poškození CNS plodu	12	48%	16	57%
Charakteristické rysy v obličeji	3	12%	4	14%
Všechny možnosti jsou správně	4	16%	5	18%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 8 - Fetální alkoholový syndrom



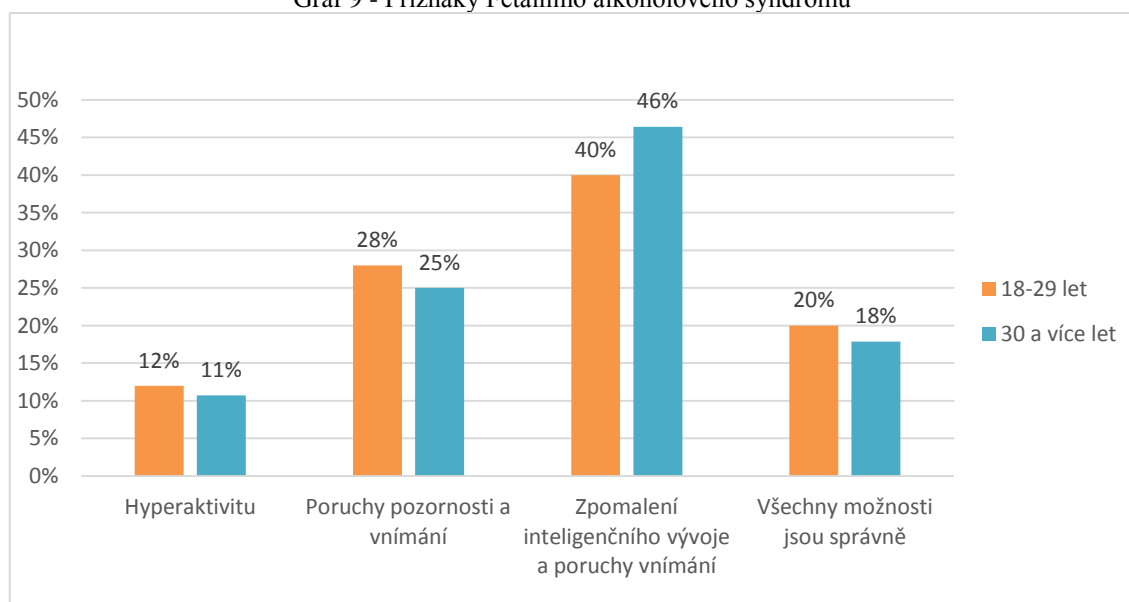
Tato otázka zjišťovala znalosti respondentek o vlivu konzumace alkoholu na vývoj plodu. Nejvíce respondentek si myslí, že FAS způsobuje poškození CNS, ze skupiny 18-29 let 12 (48 %) respondentek a ze skupiny 30 a více let 16 (57 %) respondentek. Růstovou retardaci jako největší riziko označilo 6 (24 %) mladších žen a 3 (11 %) žen starší věkové kategorie. Pouze 3 (12 %) mladších žen a 4 (14 %) starších žen označilo charakteristické rysy v obličeji. Odpověď zahrnující všechny zmíněné poruchy a tedy odpověď správnou, označilo pouze 4 (16 %) žen 18-29 let a pouze 5 (18 %) žen 30 a více let.

Položka 9 – Děti s FAS (fetální alkoholový syndrom) vykazují:

Tabulka 9 - Příznaky Fetálního alkoholového syndromu

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Hyperaktivitu	3	12%	3	11%
Poruchy pozornosti a vnímání	7	28%	7	25%
Zpomalení inteligenčního vývoje a poruchy vnímání	10	40%	13	46%
Všechny možnosti jsou správně	5	20%	5	18%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 9 - Příznaky Fetálního alkoholového syndromu



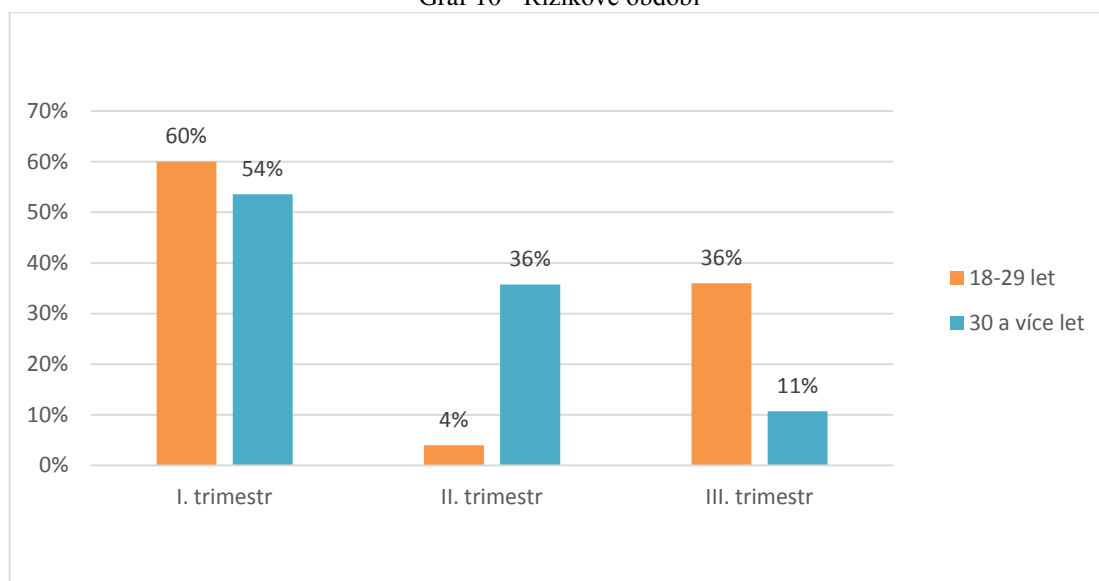
Tato položka zjišťovala informace o příznacích FAS. Nejčetnější odpovědi byly zpomalení inteligenčního vývoje, u skupiny 18-29 let 10 (40 %) a u skupiny 30 a více let 13 (46 %), a odpověď zahrnující poruchy vnímání 7 (28 %) u mladší skupiny a 7 (25 %) u starší. Hyperaktivitu jako příznak označily 3 (12 %) žen 18 -29 let a 3 (11%) žen starších 30 let. Správnou odpověď zahrnující všechny možnosti zaškrtno shodně pouze 5 respondentek z každé skupiny (20 %) mladších žen a (18 %) žen starších.

Položka 10 – V kterém trimestru škodí kouření plodu nejvíce?

Tabulka 10 - Rizikové období

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
I. trimestr	15	60%	15	54%
II. trimestr	1	4%	10	36%
III. trimestr	9	36%	3	11%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 10 - Rizikové období



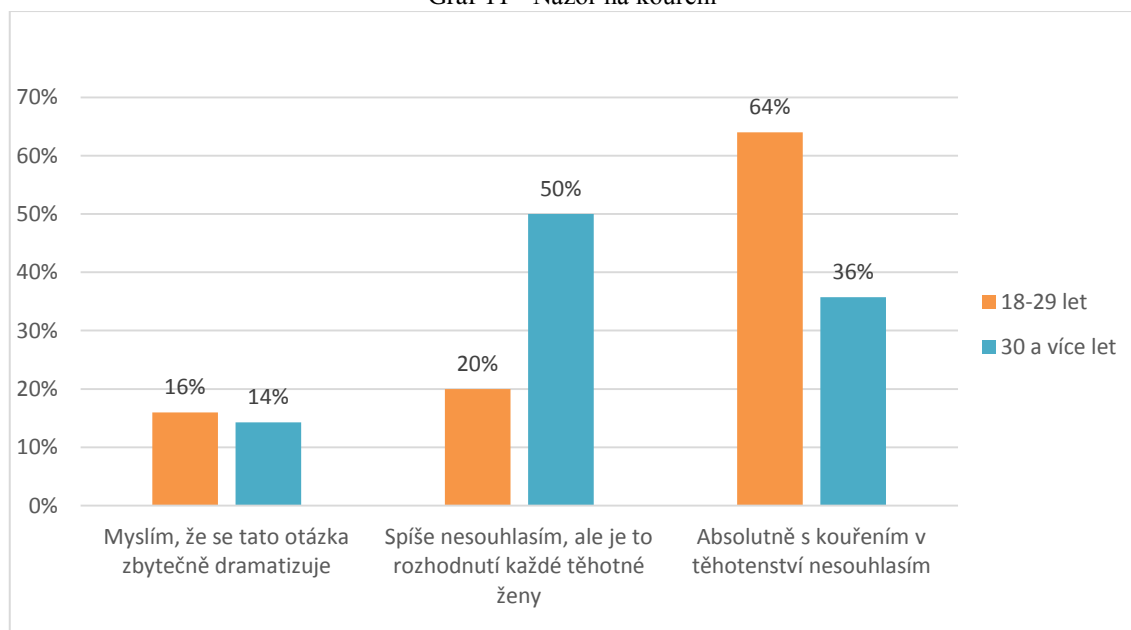
Informovanost v oblasti rizika kouření v těhotenství je u respondentek ve srovnání s otázkami na rizikovost jiných návykových látek vyšší, shodně po 15 respondentkách (60 %) mladších žen a (54 %) starších žen vybralo správnou odpověď, že nejrizikovější období je první trimestr. Třetí trimestr označilo 9 žen 18-29 let (36 %) a 3 ženy 30 a více let (11 %). Jako nejrizikovější období druhý trimestr označila pouze 1 respondentka (4 %) mladší 30 let a 3 (11 %) starší 30 let.

Položka 11 – Co si myslíte o kouření v těhotenství?

Tabulka 11 - Názor na kouření

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje	4	16%	4	14%
Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé těhotné ženy	5	20%	14	50%
Absolutně s kouřením v těhotenství nesouhlasím	16	64%	10	36%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 11 - Názor na kouření



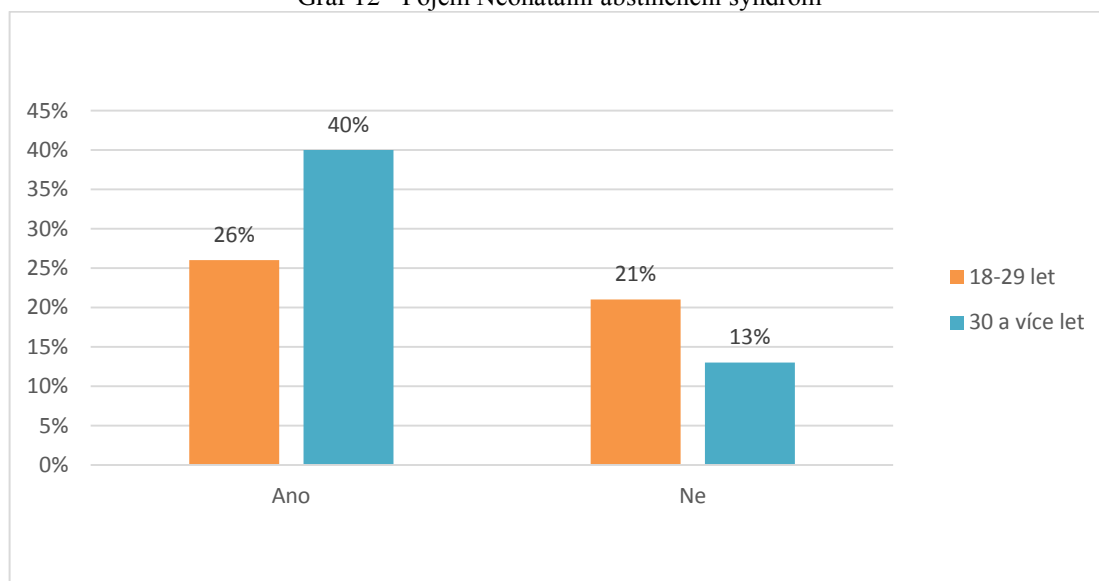
Položka 11 zjišťovala názor žen na kouření v těhotenství. Absolutně proti bylo 16 (64 %) žen 18-29 let a 10 (36 %) žen 30 a více let. Celkem 14 (50 %) žen 30 a více let odpovědělo, že s kouřením spíše nesouhlasí, ale nechávají to na ženě samotné, mladších žen tohoto názoru bylo pouze 5 (20 %). Velmi liberální postoj ke kouření v těhotenství zastávají 4 (16 %) mladší ženy a 4 (14 %) ženy starší 30 let.

Položka 12 – Slyšela jste někdy pojem Neonatální (novorozenecký) abstinenční syndrom (NAS)?

Tabulka 12 - Pojem Neonatální abstinenční syndrom

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	14	56%	21	75%
Ne	11	44%	7	25%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 12 - Pojem Neonatální abstinenční syndrom



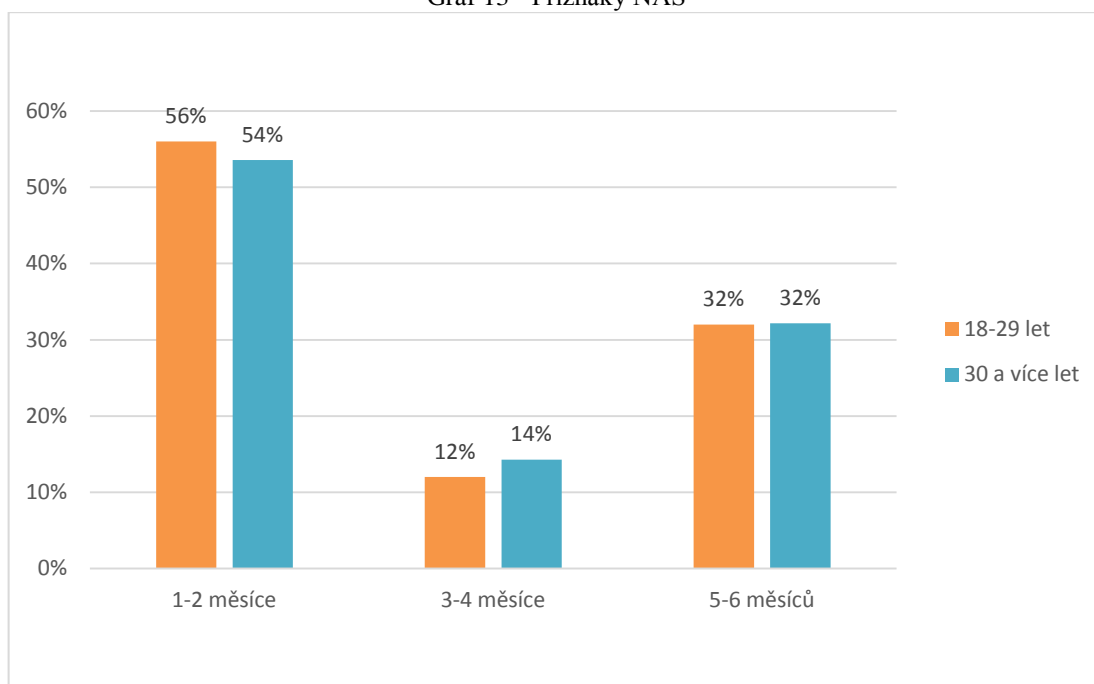
Pojem neonatální abstinenční syndrom, na který se zaměřovala položka 12, znalo 21 (75 %) žen ze souboru 30 a více let a 14 (56 %) žen ze souboru 18-29 let. Negativní odpověď označilo 11 (44 %) žen mladší věkové skupiny a 7 (25 %) žen starších.

Položka 13 – Příznaky neonatálního abstinčního syndromu mohou přetrvávat:

Tabulka 13 - Příznaky NAS

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
1-2 měsíce	14	56%	15	54%
3-4 měsíce	3	12%	4	14%
5-6 měsíců	8	32%	9	32%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 13 - Příznaky NAS



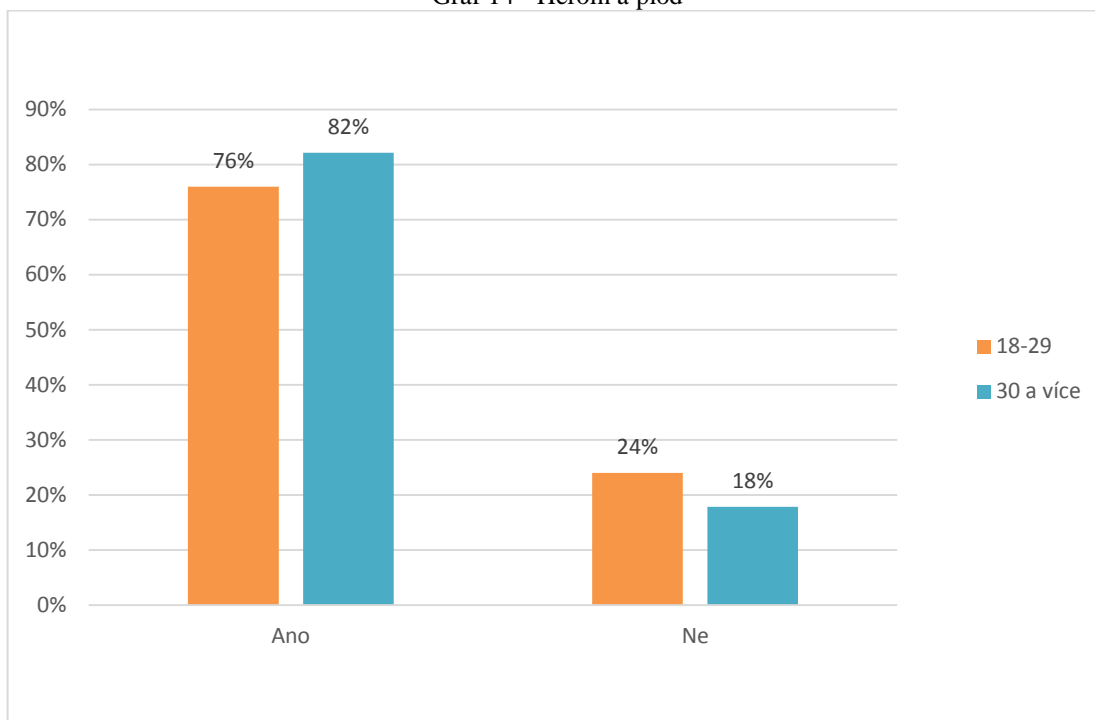
Položka 13 se ptala, zda ženy ví, jak dlouho může trvat neonatální abstinční syndrom. Správnou odpověď označily pouze 3 (12 %) mladší ženy a 4 (14 %) ženy starší věkové kategorie. Nejvíce žen si myslelo, že tento syndrom trvá 1-2 měsíce, z kategorie 18-29 let 14 (56 %) a z kategorie 30 a více let 15 (54 %). 5-6 měsíců označilo 8 (32 %) mladších žen a 9 (32 %) žen starších.

Položka 14 – Způsobuje užívání heroinu v těhotenství deformace plodu?

Tabulka 14 - Heroin a plod

	18-29		30 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	19	76%	23	82%
Ne	6	24%	5	18%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 14 - Heroin a plod



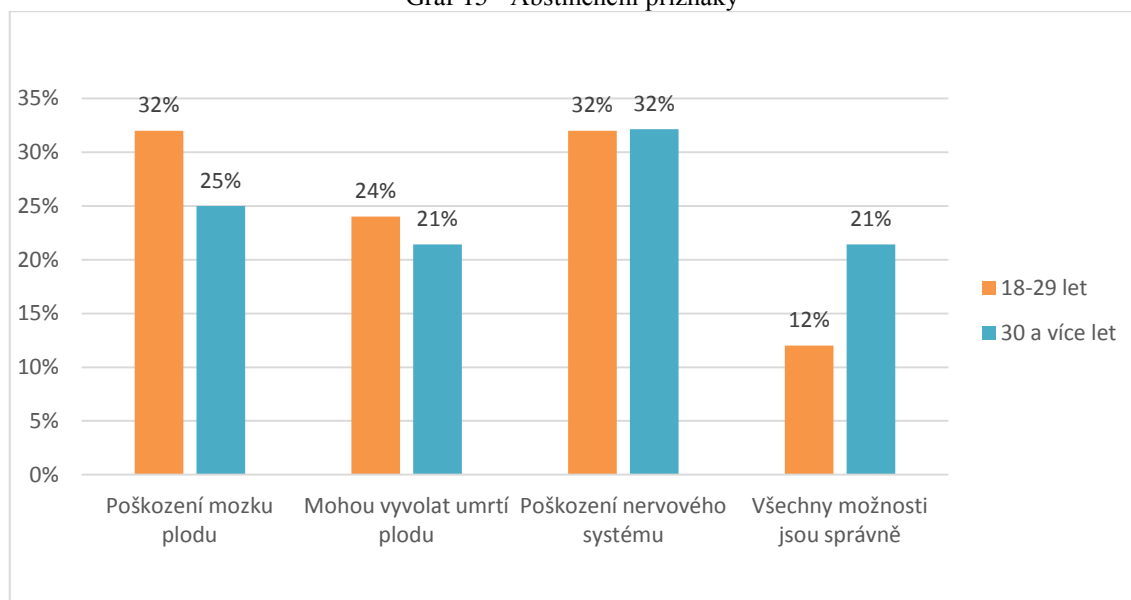
Tato otázka se dotazovala na heroin a jeho vliv na vývoj plodu. Velká většina 19 (76 %) žen 18-29 let a 23 (82 %) žen 30 a více let odpovědělo špatně. Naopak jen 3 (12 %) mladších žen a 2 (7 %) starších žen odpovědělo správně, že heroin deformace plodu nezpůsobuje.

Položka 15 – Abstinenční příznaky u matky, která je drogově závislá, mohou u nenarozeného plodu způsobit:

Tabulka 15 - Abstinenční příznaky

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Poškození mozku plodu	8	32%	7	25%
Mohou vyvolat úmrtí plodu	6	24%	6	21%
Poškození nervového systému	8	32%	9	32%
Všechny možnosti jsou správně	3	12%	6	21%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 15 - Abstinenční příznaky



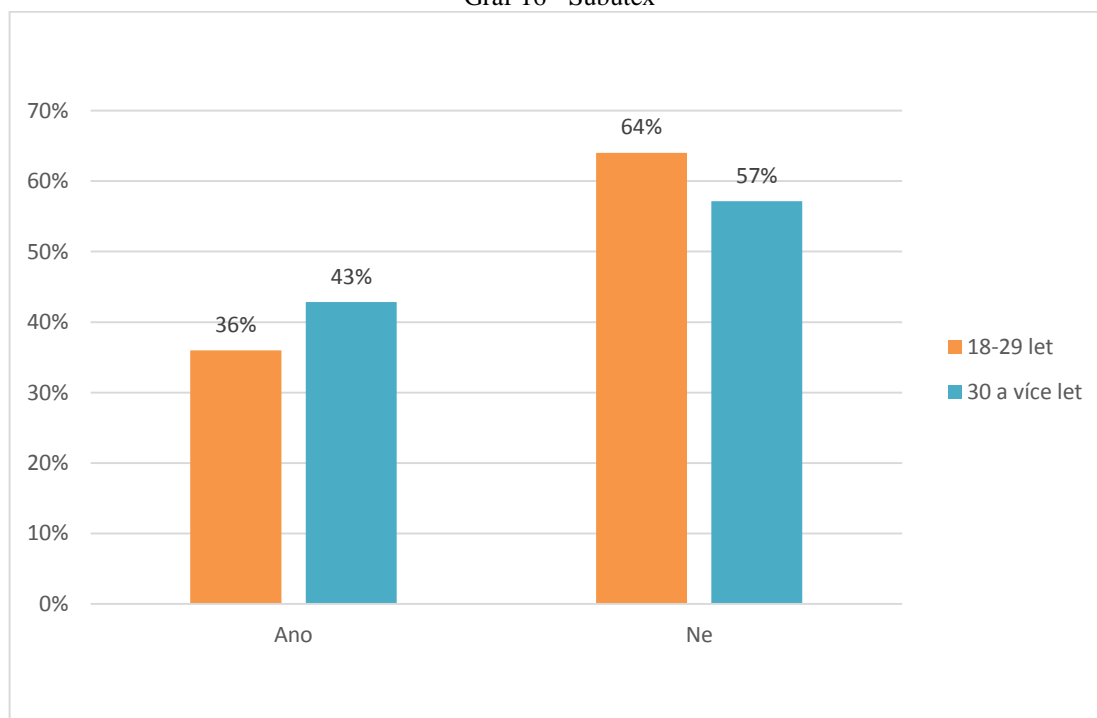
Tato položka zjišťovala, zda respondentky znají abstinenční příznaky u plodu. Správně odpovědělo pouze 3 (12 %) žen 18-29 let a 6 (21%) 30 a více let. Poškození nervového systému a mozku plodu označilo dohromady 16 (64 %) žen mladších 30 let a 16 (57 %) žen starších 30 let. To, že abstinenční příznaky mohou vyvolat úmrtí plodu, označilo 6 (24 %) žen z kategorie 18-29 let a 6 (21 %) žen starších 30 let.

Položka 16 – Subutex je látka, která se používá k léčení závislostí těhotných na opiátech:

Tabulka 16 - Subutex

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	9	36%	12	43%
Ne	16	64%	16	57%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 16 - Subutex



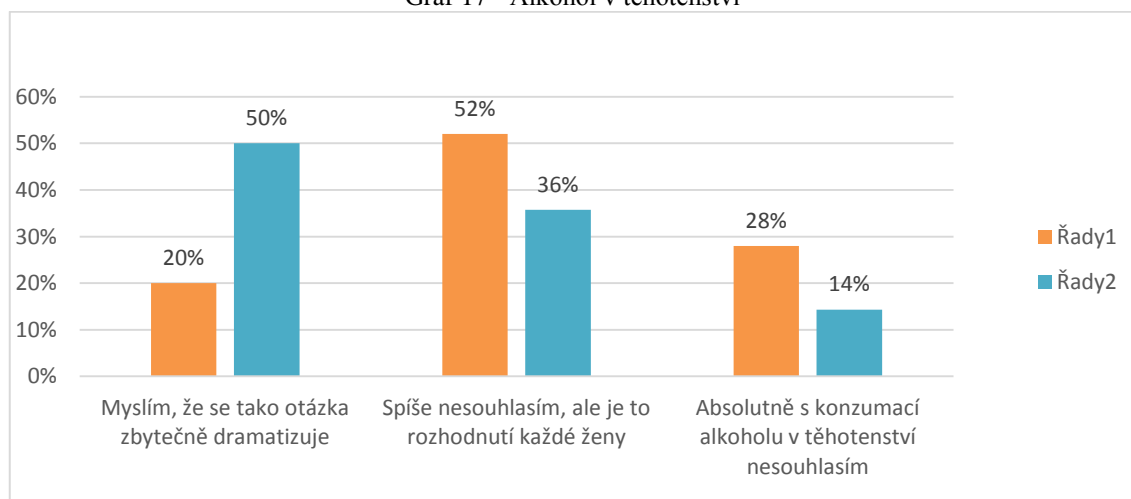
V této položce byly informovanější ženy ze skupiny 30 a více let, 12 (43 %) které správně odpověděly, že Subutex je látka k léčení závislostí na opiátech. Mladších žen odpovědělo správně 9 (43 %). Špatně z mladší věkové skupiny odpovědělo 16 (64 %) žen a ze starší věkové skupiny také 16 (57 %) žen.

Položka 17 – Co si myslíte o konzumaci alkoholu v těhotenství?

Tabulka 17 - Alkohol v těhotenství

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje	5	20%	14	50%
Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé ženy	13	52%	10	36%
Absolutně s konzumací alkoholu v těhotenství nesouhlasím	7	28%	4	14%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 17 - Alkohol v těhotenství



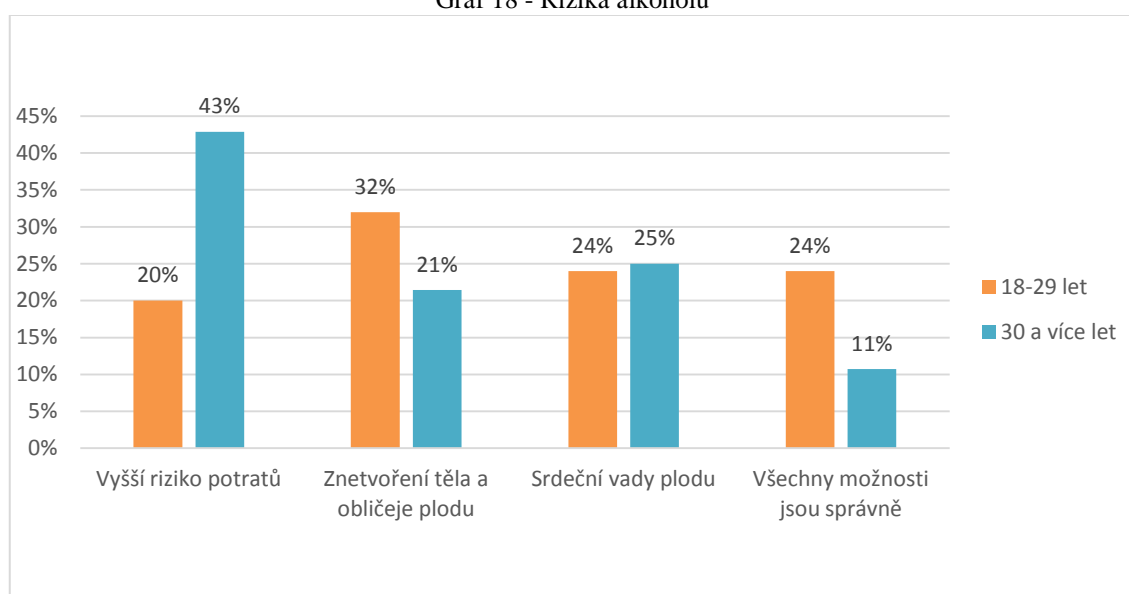
V otázce konzumace alkoholu v těhotenství byly tolerantnější ženy 30 a více let. Absolutní nesouhlas zahrnly 4 (14 %) zatímco mladších žen bylo 7 (28 %). Že se tato otázka zbytečně dramatizuje, označilo 14 (50 %) starších žen a jen 5 (20 %) žen mladších. To, že spíše nesouhlasí, ale je to na ženě samotné, označilo 13 (52 %) mladších žen a 10 (36 %) žen starších.

Položka 18 – Jaká jsou rizika užívání alkoholu v těhotenství?

Tabulka 18 - Rizika alkoholu

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Vyšší riziko potratů	5	20%	12	43%
Znetvoření těla a obličeje plodu	8	32%	6	21%
Srdeční vady plodu	6	24%	7	25%
Všechny možnosti jsou správně	6	24%	3	11%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 18 - Rizika alkoholu



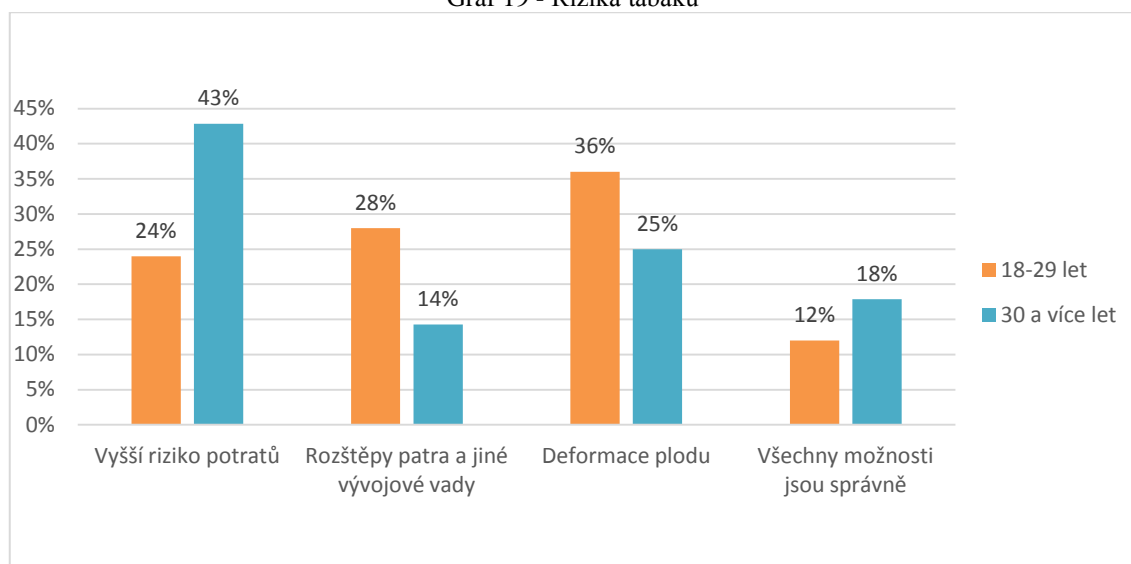
Položka 18 ukázala, že 12 (48 %) žen starších 30 let si myslí, že největší rizika alkoholu jsou vyšší rizika potratů, naproti tomu mladší ženy 8 (32 %) si myslí, že největší rizika jsou znetvoření těla a obličeje. Správně odpovědělo pouze 6 (24 %) mladších žen a 3 (11 %) žen starších. Srdeční vady zaškrtnulo 6 (24 %) mladších žen a 7 (25 %) žen starší 30 let.

Položka 19 – Jaká jsou podle Vás největší rizika kouření v těhotenství?

Tabulka 19 - Rizika tabáku

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Vyšší riziko potratů	6	24%	12	43%
Rozštěpy patra a jiné vývojové vady	7	28%	4	14%
Deformace plodu	9	36%	7	25%
Všechny možnosti jsou správně	3	12%	5	18%
Celkem	25	100%	28	100%

Graf 19 - Rizika tabáku



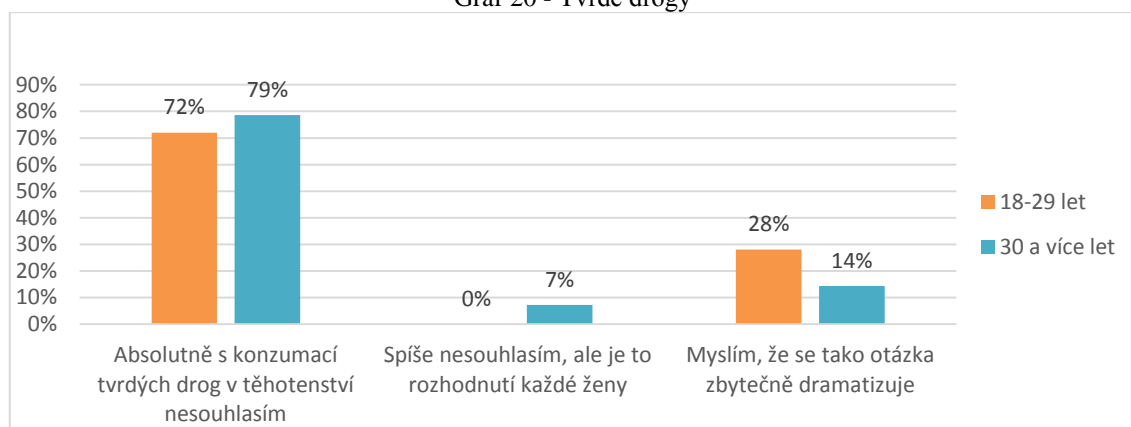
V této otázce ženy ze skupiny 30 a více let označilo rizika potratů jako největší riziko kouření tabáku v těhotenství 12 (43 %) a žen 18-29 let jen 6 (24 %). Správně odpověděly jen 3 (12 %) mladší ženy a 5 (18 %) žen starších. Deformace plodu označilo 9 (36 %) žen 18-29 let a 7 (25 %) žen 30 a více. Rozštěpy patra a jiné vývojové vady označilo 7 (28 %) mladších žen a 4 (14 %) ženy starší věkové kategorie.

Položka 20 – Co si myslíte o užívání tvrdých drog v těhotenství?

Tabulka 20 - Tvrdé drogy

	18-29 let		30 a více let	
	Absolutní počet	Relativní počet	Absolutní počet	Relativní počet
Absolutně s konzumací tvrdých drog v těhotenství nesouhlasím	18	72%	22	79%
Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé ženy	0	0%	2	7%
Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje	7	28%	4	14%

Graf 20 - Tvrdé drogy



Tato položka zkoumala názor žen na tvrdé drogy v těhotenství. Celkem 18 (72 %) žen 18-29 let a 22 (79 %) žen 30 a více let odpovědělo, že s užíváním tvrdých drog v těhotenství absolutně nesouhlasí. Překvapivě 7 (28 %) mladších žen a 4 (14 %) žen starších 30 let odpovědělo, že se tato otázka zbytečně dramatizuje. Liberální názor měly 2 (7 %) starší ženy, z mladší věkové skupiny tohoto názoru nebyla ani jedna.

8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V této práci jsme si v úvodu stanovili čtyři průzkumné cíle, k jejichž splnění jsme použili výsledky analýzy dotazníkového šetření. Taktéž jsme pomocí analýzy dat zodpověděli na průzkumné otázky.

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti těhotných žen a žen ve fertilním věku o rizikových faktorech v těhotenství v závislosti na věku.

Cíl 2: Zjistit, z jakých zdrojů nejčastěji čerpají ženy informace o rizikových faktorech v těhotenství.

Cíl 4: Zjistit postoje respondentek k užívání návykových látek v těhotenství v závislosti na věku.

Průzkumné otázky

Otázka1: Předpokládáme, že těhotné ženy mladší věkové kategorie jsou méně informovány o rizikových faktorech v těhotenství než starší ženy.

K této průzkumné otázce se vztahovaly položky 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18 a 19. Z těchto 11 znalostních otázek byly v odpovědích úspěšnější ženy ve věkové kategorii 30 a více let. Správně odpověděly na 7 položek a to konkrétně na položky 6, 7, 8, 13, 15, 16 a 19. Správné odpovědi u žen starších 30 let byly zaznamenány v 64 % odpovědí. Vyšší počet správných odpovědí byl ve věkovém souboru 18-29 let zaznamenán u položek 9, 10, 14 a 18. Správné odpovědi byly u žen ve věku 18 – 29 let zaznamenány z 36% odpovědí.

Průzkumná otázka 1 se potvrdila.

Otázka2: Předpokládáme, že těhotné ženy nejčastěji čerpají zdroje o rizikových faktorech v těhotenství z internetových zdrojů.

K této otázce se vztahovala položka 5. Ženy ve věku 18 - 29 let odpověděly, že hlavním zdrojem informací pro ně byl lékař gynekolog a to z 40%. Ženy starší 30 let odpověděly stejně z 43%. Internet jako hlavní zdroj informací o rizikových faktorech v těhotenství byl zastoupen u mladší věkové skupiny z 28% a u starší věkové skupiny z 29%. Z výsledků tedy vyplývá, že pro obě věkové skupiny byl hlavním zdrojem informací lékař.

Průzkumná otázka 2 se nepotvrdila.

Otázka4: Předpokládáme, že respondentky věkové skupiny 30 let a víc budou mít méně tolerantní postoj k užívání návykových látek v těhotenství než ženy ve věku 18 - 29 let.

K této průzkumné otázce se vztahovaly položky 11, 17 a 21. U respondentek ve věku 18 – 29 let se častěji objevovaly negativní postoje k užívání návykových látek v těhotenství a to v průměru 55% v těchto 3 položkách. U skupiny žen ve věku 30 a více let byl průměr negativní pouze z 43%. Více tolerantní postoj k užívání návykových látek zastávají tedy ženy starší 30 let.

Průzkumná otázka 4 se nepotvrdila.

9 DISKUZE

Předmětem průzkumného šetření bylo zjistit informovanost těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství. Dotazník byl rozdán v dětské herně na Praze 10. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků těhotných ženám, které hernu navštěvují a které jsme následně rozdělili do dvou věkových kategorií. Z celkových 60 dotazníků se 7 z nich muselo vyřadit pro jejich špatné vyplnění. Response činila 88,3 %.

Prvním cílem bylo zjistit míru informovanosti těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství. Po vyhodnocení dotazníku nás překvapil procentuální rozdíl znalostí mezi ženami ve věku 18 – 29 let a ženami staršími 30 let. Ženy ve věku 18 – 29 let se podle položky 4 cítily být více informované o rizikových faktorech v těhotenství než ženy starší 30 let. Znalostní otázky ovšem poukázaly, že informovanější jsou ženy starší 30 let. Ženy z průzkumného souboru, který byl starší 30 let, odpověděly častěji správně, a to na 7 znalostních položek z 11 celkově položených. Ženy z mladšího průzkumného souboru odpověděly správně pouze na 4 položené položky. Tento výsledek je velice slabý a překvapivý a nekoresponduje s názory respondentek na míru jejich informovanosti ohledně rizikových faktorů v těhotenství. Pokud se zaměříme na položku 17, která se věnovala postoji k užívání alkoholu v těhotenství, překvapí nás velká tolerance od obou zkoumaných souborů, absolutní nesouhlas projevilo pouze 7 (28 %) žen mladší věkové kategorie a dokonce jen 4 (14 %) žen starších. Dramatizaci této otázky označilo 5 (20 %) mladších respondentek a 14 (50 %) respondentek starších. Svobodný názor na tuto otázku označilo 13 (52 %) mladších žen a 10 (36 %) žen starších. Ani na znalostní otázky týkající se alkoholu neodpovídaly ženy nejpřesněji. Například znalost termínu teratogen byla velmi překvapivá. Pouhých 12 % mladších žen a 21 % žen starších znala správnou odpověď. Naopak na otázku u koho se alkoholová závislost rozvíjí, rychleji odpověděla správně více než polovina všech dotazovaných. Domníváme se, že za nízkou informovanost žen může nedostatek informací už ve školním věku. Tento náš názor koresponduje se zjištěním z bakalářské práce Bc. Michaely Tesákové (2013), která se zabývala podobným tématem. Jejím cílem bylo zjistit informovanost dospívajících žen, studentek středních škol, o rizicích konzumace alkoholu během těhotenství a sledovala zároveň jejich postoje k této problematice. Průzkumné soubory jsou sice rozdílné, ale věkový rozdíl mezi mladšími respondentkami je nepatrný a výsledky jsou srovnatelné. Ze šetření této práce vyplynul také poměrně tolerantní přístup studentek ke konzumaci alkoholu během gravidity a

byla zřejmá i nedostatečná informovanost o postiženích, které může alkohol u plodu způsobit. Nejvážnější poškození je fetální alkoholový syndrom, který se projevuje charakteristickými rysy v obličeji, poškozením mozku a malým vzrůstem. Většina respondentek nebyla s tímto syndromem seznámena. Podle našeho úsudku by měla být tato problematika zařazena do osnov druhého stupně základních škol a zcela bezpodmínečně do osnov středoškolského studia.

Dále jsme se snažili zjistit, co nebo kdo, byl pro ženy hlavním zdrojem informací o rizikových faktorech v těhotenství. Z položky 5, která se tomuto tématu věnovala, je patrné, že hlavním zdrojem informací je pro ženy lékař - gynekolog. U obou věkových skupin se gynekolog jako dominantní zdroj informací objevil ve 40 %. Jako druhý nejčastější zdroj, z kterého ženy čerpaly informace, uvedly internet, u obou skupin byl tento zdroj uváděn kolem 30 %. Překvapivé bylo minimální zastoupení literatury jako zdroj informací, z každé věkové skupiny ho uvedla jen jedna žena. V dnešní době, kdy se moderní technologie dostávají stále vpřed a knihy se dostávají do pozadí, nás absence literatury nepřekvapila.

Třetím průzkumným cílem, který nás zajímal, byl postoj respondentek k užívání návykových látek v závislosti na věku. Překvapivý byl již výše zmíněný postoj na užívání alkoholu v těhotenství a jeho tolerantní přístup od žen obou věkových skupin. Výsledky našeho průzkumu prokázaly, že kouření v těhotenství absolutně odsuzuje pouze 36% žen ve věku 30 a více let. Tento výsledek nekoresponduje s výsledkem průzkumného šetření Bc. Daniely Opluštilové (2013), která zjišťovala postoje žen ke kouření v těhotenství. V jejím šetření mělo negativní postoj ke kouření v těhotenství celých 80% dotazovaných. Tento kontrast ve výsledcích průzkumů si vysvětlujeme místem uskutečnění dotazníkového šetření Opluštilové, které bylo prováděno na oddělení rizikového těhotenství ve VFN. Na rozdíl od našeho, které bylo provedeno v běžné populaci těhotných. Z těchto výsledků můžeme soudit, že ženy s rizikovým či patologickým průběhem těhotenství, jsou vůči kouření v těhotenství méně tolerantní. Posledním zkoumaným faktorem byly tvrdé drogy a jejich užívání v těhotenství. Postoj k užívání těchto látek je poměrně jednoznačný, více než 70 % celkového počtu žen má absolutně negativní názor na tuto problematiku. Odborná literatura varuje před užíváním tvrdých drog v těhotenství a poukazuje na možná rizika, která mohou tyto látky mít na vývoj plodu. (SEDLÁČKOVÁ,2007). I přes tato fakta se 21% respondentek domnívá, že se problematika užívání tvrdých drog v těhotenství

dramatizuje. Tento výsledek si můžeme vysvětlit absencí cílené edukace informujících o rizicích užívání ilegálních návykových látek v těhotenství u dospívajících dívek.

9.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle našeho názoru by bylo vhodné zvýšit důraz na edukaci těhotných žen, které přicházejí do gynekologických ordinací a prenatalních poraden, a to prostřednictvím lékařů a porodních asistentek. Zejména porodní asistentky mají kompetence pro šíření větší osvěty pro dospívající dívky. Dále bychom navrhovali distribuci edukačních materiálů, jako jsou informační letáčky a brožurky, věnované této problematice, a to jak do gynekologických ordinací, prenatalních poraden, ale i do ordinací praktických lékařů.

Dalším z návrhů by bylo zavedení tohoto tématu do osnov středních nebo už základních škol, nebo poskytnutí přednášky od odborníka na danou tematiku. Tímto odborníkem by mohla být právě porodní asistentka. Propojení zdravotnických a školských zařízení, by mohlo být vhodným prostředkem pro zlepšení informovanosti o rizicích v těhotenství. Jelikož Česká republika, na rozdíl od jiných zemí, nemá vytvořenou kampaň, která by byla zaměřena na rizika užívání návykových látek v těhotenství, bylo by možná i toto řešení přínosem. Osvěta zejména dospívajících dívek je v tomto směru velice důležitá.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjištění problematiky a míry informovanosti u těhotných žen v oblasti rizikových faktorů v těhotenství. Zejména díky teoretickému výčtu poruch a poškození, které mají návykové látky na vývoj plodu, je nutné s touto problematikou dále pracovat a dostat jí do podvědomí široké veřejnosti a zejména do podvědomí mladých žen, které jsou ve fertilním věku. Žena, která plánuje otěhotnět, by si měla uvědomovat rizika, jaká by mohla návyková látka přivodit nenarozenému dítěti. Z výsledků šetření vyplynulo, že hlavně mladší ženy do 30 let, nemají dostačující informace o rizicích, které jsou s užíváním návykových látek spojeny.

Alkohol a kouření tabáku patří v České republice mezi společensky tolerované drogy a je třeba vnímat problémy, které mohou přinést.

Cílem práce bylo poukázat na nedostatky týkající se osvěty a prevence v oblasti užívání návykových látek v těhotenství, což nám z průzkumného šetření vyplynulo. Potenciál bychom rádi viděli v poskytnutí informací porodním asistentkám a případným dalším zájemcům o porodnictví, kteří se chtějí dozvědět nejdůležitější informace o rizikových faktorech v těhotenství, jako jsou právě alkohol, kouření tabáku a užívání tvrdých drog.

Výsledek praktického průzkumu realizovaného mezi těhotnými ženami je dalším výstupem a doporučením pro praxi, které může být využito širší škálou zainteresovaných osob, jedná se zejména o odborníky, pedagogy, rodiče a samozřejmě i o ženy samotné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CISMARU, Magdalena, et al., 2010. Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The Role of Protection Motivation Theory. *Health Marketing Quarterly*. ISSN 0735-9683.
2. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1303-9.
3. *Global status report on alcohol and health* [online]. World Health Organization [cit.2013-02-10] Dostupné z:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha : Grada. ISBN: 80-247-0418-8.
5. HAMANOVÁ, Jana a Ladislav CSEÉMY, 2010. Prenatální účinky alkoholu. *Československá pediatrie*. ISSN 0069-2328.
6. HRONEK, Miroslav. Kouření v těhotenství. *GYNEKOLOG: časopis ženských lékařů*. 2005, č. 2, s. 75-78. ISSN 1210-1133.
7. KUKLA, L. – HRUBÁ,D. – TYRLÍK, M. Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi nekuřačkami a kuřačkami. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 1999, Roč. 34, č. 4, s. 193-202.
8. KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T KOZÁK. Jak přestat kouřit. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, c2003. 130 s. ISBN 80-859-1268-6.
9. MALÁ, Eva. 2007. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigris. ISBN 978-80-903750-1-7.
10. MAREČEK, Aleš a Jaroslav HONZA. Chemie pro čtyřletá gymnázia: 1. díl. 3., přeprac. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2005. 240 s. ISBN 80-7182-055-51.

11. NECHANSKÁ, Blanka – MRAVČÍK, Viktor – SOPKO, B. – VELEBIL, Petr. Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. *Česká gynekologie*, 2012, roč. 77, č. 5, s. 457-469. ISSN: 1210-7832.
12. NEŠPOR, Karel a Tomáš BINDER. 2007. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-676.
13. NEŠPOR, Karel – SCHEANSOVÁ, Andrea. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Časopis lékařů českých*, 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN: 0008-7335.
14. NEŠPOR, Karel a Tomáš ZIMA, 2002. Alkohol u žen - specifická rizika. *České pracovní lékařství*. ISSN 1212-6721.
15. NOVOTNÝ, Jan Sebastian a Zdeněk NOVOTNÝ, 2009. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Československá pediatrie*. ISSN 0069-2328.
16. OPLUŠTILOVÁ, Daniela. 2013. *Informovanost žen o rizicích kouření v těhotenství*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s.
17. PECINOVSKÁ, Olga. 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.
18. PETERKA, Miroslav a Božena NOVOTNÁ. 2010. *Úvod do teratologie: příčiny a mechanismy vzniku vrozených vad*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4617-800.
19. ROZTOČIL, Aleš, a kolektiv. 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno :Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-339-2.
20. SANDOROVÁ, Radka, Jaroslava SAMKOVÁ, Jan HOLEJŠOVSKÝ a Stanislav VODVÁŘKA, 2006. Droga jménem alkohol. *Kontakt*. ISSN 1212-4117.

21. SEDLÁČKOVÁ, Kateřina – ŽIŽKOVÁ, Blanka. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 2007, Roč. 17,č. 7-8, s. 35-36. ISSN: 1210-0404.
22. SLEZÁK, Radovan a Aleš RYŠKA. Kouření a dutina ústní. 1. vyd. Praha: Česká stomatologická komora, 2006. 63 s. ISBN 80-903-6096-3.
23. SCHMIDTOVÁ, Jana, 2007. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). *Adiktologie*. ISSN 1213-3841.
24. TESÁKOVÁ, Michaela. 2013. *Informovanost dospívajících žen o rizicích konzumace alkoholu v těhotenství a jejich postoje k této problematice*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s.
25. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. 2006. *Návykové látky v těhotenství*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.
26. VIŠŇOVSKÝ, Jozef. 2002. *Vyšetrovanie cirkulácie v porodnictve: uteroplacentárna a fetoplacentárna cirkulácia v hodnotení klinického stavu plodu*. 1.vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3093-3.

PŘÍLOHY

Příloha A –Souhlas s provedením průzkumu

Koala Café – Areál filmových studií Gatteo
Dolnoměcholupská 209/17
102 00 Praha 10 – Hostivař

Žádost o povolení k provedení průzkumu

Vážená paní Kyselová,

Jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5. Tímto si vás dovoluji požádat o dovolení průzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma: „Informovanost těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství“. Průzkum bude prováděn formou anonymních dotazníků a získané informace budou sloužit pouze k účelům mé bakalářské práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení.



Eliška Vepřeková

Souhlasím, s provedením průzkumu v dětské herně Koala Café.

Koala Café s.r.o.
...jsme dětský podnik!
Oliňová 63, 250 01 Herink
IČO: 247 24 171, DIČ: CZ24724629
www.wikoinfo.cz, tel: 212 24 171

Podpis majitele, razítko

V Praze dne 10. 2. 2014

Příloha B - Dotazník vlastní konstrukce

Milé maminky,

jmenuji se Eliška Vepřeková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze, obor Porodní asistentka. Součástí mé bakalářské práce na téma „*Informovanost těhotných žen o rizikových faktorech v těhotenství*“, je dotazník, který Vám teď byl předán. Tímto bych Vás chtěla poprosit o laskavé vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé práce. Děkuji za spolupráci!

Vyberte vždy jen jednu odpověď.

1. Kolik je Vám let?
 - a) 18 - 29 let
 - b) 30 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je :
 - a) Základní
 - b) Učební obor
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší odborné nebo vysokoškolské

3. Kolikáté je Vaše nynější těhotenství?
 - a) 1.
 - b) 2.
 - c) 3.
 - d) 4. a více

4. Cítíte se být dostatečně informována o rizikových faktorech, které mohou negativně ovlivnit těhotenství?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

5. Hlavním zdrojem informací o rizikových faktorech v těhotenství byl pro Vás :
 - a) Lékař gynekolog v ordinaci
 - b) Porodní asistentka v ordinaci
 - c) Předporodní kurzy
 - d) Internet
 - e) Přítelkyně
 - f) Nikdo mě neinformoval
 - g) Literatura

6. Závislost na alkoholu se rozvíjí rychleji:
- U žen
 - U mužů
 - Pohlaví na to nemá vliv
7. Co je to teratogen?
- Vnitřní faktor chemické povahy, schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad
 - Vnější faktor chemické povahy, schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad
 - Vnější faktor biologické, fyzikální či chemické povahy, který je schopný zapříčinit vznik vrozených vývojových vad
8. Fetální alkoholový syndrom (vážné poškození dítěte při nadměrném užívání alkoholu v těhotenství) způsobuje:
- Růstovou retardaci plodu
 - Poškození centrální nervové soustavy plodu
 - Charakteristické rysy v obličeji
 - Všechny možnosti jsou správně
9. Děti s FAE (vrozený alkoholový efekt) vykazují:
- Hyperaktivitu
 - Poruchy pozornosti a vnímání
 - Zpomalení inteligenčního vývoje a poruchy vnímání
 - Všechny možnosti jsou správně
10. V kterém trimestru škodí kouření nejvíce?
- I. trimestr
 - II. trimestr
 - III. trimestr
11. Co si myslíte o kouření v těhotenství?
- Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje
 - Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé těhotné ženy
 - Absolutně s kouřením v těhotenství nesouhlasím
12. Slyšela jste někdy pojem Neonatální (novorozenecký) abstinční syndrom (NAS)?
- Ano
 - Ne

13. Příznaky neonatálního abstinenčního syndromu mohou přetrvávat:
- a) 1 – 2 měsíce
 - b) 3 – 4 měsíce
 - c) 5 – 6 měsíc
14. Způsobuje užívání heroinu v těhotenství deformace plodu?
- a) Ano
 - b) Ne
15. Abstinenční příznaky u matky, která je drogově závislá, mohou u nenarozeného plodu způsobit:
- a) Poškození mozku plodu
 - b) Mohou vyvolat úmrtí plodu
 - c) Poškození nervového systému
 - d) Všechny možnosti jsou správně
16. Subutex je látka, která se používá k léčení závislostí těhotných na opiátech:
- a) Ano
 - b) Ne
17. Co si myslíte o konzumaci alkoholu v těhotenství?
- a) Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje
 - b) Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé ženy
 - c) Absolutně s konzumací alkoholu v těhotenství nesouhlasím
18. Jaká jsou rizika užívání alkoholu v těhotenství?
- a) Vyšší riziko potratů
 - b) Znetvoření obličeje a těla plodu
 - c) Srdeční vady plodu
 - d) Všechny možnosti jsou správně
19. Jaká jsou podle Vás největší rizika kouření v těhotenství?
- a) Vyšší riziko potratů
 - b) Rozštěpy patra a jiné vývojové vady
 - c) Deformace plodu
 - d) **Všechny možnosti jsou správně**
20. Co si myslíte o užívání tvrdých drog v těhotenství?
- a) Absolutně s konzumací tvrdých drog v těhotenství nesouhlasím
 - b) Spíše nesouhlasím, ale je to rozhodnutí každé ženy
 - c) Myslím, že se tato otázka zbytečně dramatizuje