

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Kristina Šindelářová

Studijní obor: Porodní asistence 5341R007

**NEPŘÍZNIVÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ VLIVY BĚHEM
TĚHOTENSTVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 1. března 2017

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování rad a potřebných podkladů. Dále bych chtěla poděkovat respondentce za cenné informace, ochotu a čas, který mi věnovala při poskytování rozhovorů k praktické části této bakalářské práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kristina Šindelářová

Katedra: ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Nepříznivé psychosociální vlivy během těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran: číslované – 72, nečíslované – 10

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: těhotenství, nepříznivé vlivy, psychologie těhotenství

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá nepříznivými psychosociálními vlivy v těhotenství. Teoretická část je zaměřená na jednotlivé nepříznivé vlivy, mezi které patří kouření, konzumace alkoholu a návykových látek v těhotenství, věk rodičky mladší 20 let a starší 35 let, nepříznivá socioekonomická situace během těhotenství, komplikace spojené s těhotenstvím a psychický dopad nepříznivých zážitků spojených s těhotenstvím na průběh dalšího těhotenství. U každého vlivu je vysvětlen dopad na plod a další vývoj dítěte, psychický dopad na těhotnou ženu a její rodinu, a možnosti řešení situace. Praktická část je zaměřena na těhotnou ženu mladší 20 let, která nechtěně otěhotněla. Cílem výzkumu je zjistit dopad jednotlivých vlivů na mladou rodičku a její rodinu, a poskytnout možná řešení situace.

ANNOTATION

Surname and name: Kristina Šindelářová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Adverse psychosocial factors during the pregnancy

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages: numbered – 72, unnumbered – 10

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 33

Key words: pregnancy, adverse effects, psychology of pregnancy

Summary:

The presented Bachelor's Thesis deals with adverse psychosocial influences during pregnancy.

The theoretical part is focused on individual adverse influences, which include smoking, alcohol consumption and using addictive substances during pregnancy, the age of mother-to-be being less than 20 or more than 35 years, unfavorable socioeconomic situation during pregnancy, complications associated with pregnancy and psychological impact of adverse experiences associated with pregnancy on the course of the following pregnancy. The impact on the fetus and further development of the child and psychological impact on the pregnant woman and her family are thoroughly explained for each such adverse influence and possible solutions for these unfavorable situations are offered.

The practical part of the Thesis focuses on pregnant woman who are less than 20 years old, which became pregnant inadvertently. The aim of the research is to determine the effect of individual influences on mother-to-be and her family and to provide possible solutions to unfavorable situations.

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ	11
1.1 Psychika těhotné ženy v prvním trimestru	12
1.2 Psychika těhotné ženy ve druhém trimestru	12
1.3 Psychika těhotné ženy ve třetím trimestru	13
1.4 Úkol porodní asistentky během těhotenství	13
2 KOUŘENÍ V GRAVIDITĚ	14
2.1 Vliv kouření na plod a novorozence	14
2.2 Doporučení pro těhotné kuřáčky	14
3 KONZUMACE ALKOHOLU V GRAVIDITĚ	16
3.1 Vliv konzumace alkoholu na dítě v jednotlivých trimestrech	16
3.2 Vliv konzumace alkoholu na dítě v pozdějším období	17
3.3 Fetální alkoholický syndrom	17
3.3.1 Klinický obraz fetálního alkoholového syndromu	18
3.4 Fetální alkoholový efekt	19
3.5 Porucha nervového vývoje spojená s konzumací alkoholu	19
3.6 Novorozenecká funkční porucha spojená s konzumací alkoholu	20
3.7 Výskyt alkoholismu v graviditě	20
3.8 Průběh těhotenství u těhotné závislé na konzumaci alkoholu	20
3.9 Doporučení	21
4 OSTATNÍ SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTEK V GRAVIDITĚ	22
4.1 Návykové látky	22
4.2 Opioidy	22
4.2.1 Vliv opioidů na plod a novorozence	23
4.2.2 Prenatální péče	24
4.2.3 Substituce metadonem	24
4.2.4 Užívání metadonu v graviditě	25
4.2.5 Terapie Buprenorphinem	26
4.3 Abstinenční syndrom u novorozence	26
4.4 Příznaky abstinenčního syndromu u novorozence	26
4.4.1 Terapie abstinenčního syndromu u novorozence	27
4.5 Halucinogeny	27
4.5.1 Vliv halucinogenů na plod a novorozence	28
4.6 Stimulační látky	28

4.6.1	Vliv stimulačních látek na plod a novorozence	28
4.6.2	Prenatální péče	29
4.7	Kanabinoidy	30
4.7.1	Vliv kanabinoidů na plod a novorozence	30
4.8	Benzodiazepiny	30
4.8.1	Vliv benzodiazepinů na plod a novorozence	31
4.9	Doporučení porodní asistentky v oblasti problematiky návykových látek	31
5	TĚHOTENSTVÍ U ŽEN MLADŠÍCH 20 A STARŠÍCH 35 LET	32
5.1	Věk a těhotenství	32
5.2	Těhotná žena mladší 20 let	32
5.2.1	Psychika dospívajících dívek	32
5.2.2	Psychologické aspekty těhotenství ve věku mladším 20 let	32
5.2.3	Vliv na plod a vývoj dítěte	33
5.2.4	Řešení situace	33
5.3	Těhotná žena starší 35 let	33
5.3.1	Psychologie těhotných žen	33
5.3.2	Rizika v souvislosti s těhotenstvím u starších žen	34
5.3.3	Prenatální péče u těhotných starších 35 let	34
6	TĚŽKÁ SOCIOEKONOMICKÁ SITUACE V TĚHOTENSTVÍ	35
6.1	Vliv socioekonomické situace na těhotenství	35
6.2	Psychický dopad nepříznivé socioekonomické situace na těhotnou	35
6.3	Vliv nepříznivé socioekonomické situace na plod a vývoj dítěte	36
6.4	Řešení situace	36
7	KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S TĚHOTENSTVÍM	37
7.1	Vliv komplikací na psychiku těhotné	37
7.2	Úkol porodní asistentky	38
7.2.1	Priority porodní asistentky v případě rizikového těhotenství	38
7.3	Psychoprofylaktická příprava	39
7.4	Strach a úzkost v těhotenství	39
7.4.1	Faktory ovlivňující strach a úzkost	40
8	PŘEDCHOZÍ NEÚSPĚCHY SPOJENÉ S TĚHOTENSTVÍM	41
8.1	Potrat	41
8.2	Interrupce z genetických důvodů	41
8.3	Porod mrtvého plodu	42
8.4	Opatření ze strany zdravotníků	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	44
9	FORMULACE PROBLÉMU	44

9.1 Hlavní problém	44
10 CÍL VÝZKUMU	45
11 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	46
12 ORGANIZACE VÝZKUMU	47
13 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	48
14 DISKUZE.....	67
ZÁVĚR	71
ZDROJE.....	73
SEZNAM ZKRATEK	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Nepříznivé psychosociální vlivy v těhotenství“ jsem si vybrala, protože mě zajímá tato problematika. Mezi nepříznivé psychosociální vlivy spojené s těhotenstvím patří kouření, konzumace alkoholu a návykových látek, nepříznivá socioekonomická situace, věk rodičky mladší 20 let a starší 35 let, psychický dopad komplikací spojených s těhotenstvím a zážitky spojené s předchozími neúspěchy a jejich dopad na průběh dalšího těhotenství.

Nepříznivé vlivy jsou časté u těhotných žen. Některé faktory jako je kouření a konzumace alkoholu jsou společností tolerovány. Užívání ostatních návykových látek už není společností tolerováno, ale už jim není věnována dostatečná pozornost, aby docházelo k jejich eliminaci. Socioekonomická situace, komplikace a nepříznivé zážitky mají určitý vliv na těhotenství, který může ovlivnit jeho průběh.

Většinou je zaměřena pozornost na tělesnou stránku těhotné, ale není věnována dostatečná pozornost i psychické stránce, která je velice důležitá. Psychika těhotné ženy je během těhotenství změněna vlivem hormonů, což ženy určitým vlivem po psychické stránce rozladí. Nepříznivé vlivy nemají dopad jen na tělesnou stránku těhotné a plodu, ale hlavně na psychiku těhotné.

Je potřeba znát jednotlivé nepříznivé vlivy, jejich dopad na plod a jeho další vývoj, vliv na pozdější vývoj dítěte, na zdravotní stav těhotné a psychický dopad situace na těhotnou a její rodinu. Dále je vhodné znát možnosti řešení situace. Porodní asistentka a lékař mají těhotnou ženu informovat o nepříznivých vlivech, a podrobně ji seznámit s danou problematikou. V případě zjištění určitého nepříznivého vlivu je vhodné začít situaci včas řešit. Vhodná je spolupráce se specializovanými zařízeními, která se danou problematikou zabývají. Spolupráce by měla být dlouhodobá a situace by měla být dostatečně sledována.

Porodní asistentka se neustále vzdělává v oblasti nepříznivých vlivů a sleduje nové poznatky. Informuje těhotnou o aktuálních a vědecky podložených informacích. Při poradnách se zaměřuje na tělesnou stránku těhotné, ale i na psychiku těhotné. Ptá se na potíže a stesky těhotné, a její plány. Zajímá se o změny, které nastaly od poslední návštěvy poradny. Poskytuje ženě psychickou podporu. V případě spolupráce s těhotnou, která je vystavena účinku nepříznivého vlivu, věnuje ženě dostatek času a pozornosti, apeluje na blaho dítěte a nabídne pomoc. Pokud žena chce situaci řešit, jsou jí doporučena opatření.

V případě návštěvy specializované poradny, je potřeba, aby těhotná měla kontakt na dané zařízení a domluvila si návštěvu. Pokud má těhotná pocit nejistoty, pomůže ji porodní asistentka, která ženě návštěvu domluví, popřípadě ji na návštěvu doprovodí. Porodní asistentka neodsuzuje ženu, pokud pomoc odmítne, snaží se jí pomoci s odstupem času. Pořídí zápis do zdravotnické dokumentace, že těhotná byla informována a pomoc odmítla. Těhotenství se řadí mezi náročné životní situace ženy. Nese s sebou mnoho změn, se kterými se těhotné postupem času smiřují. Každá těhotná je jiná a je potřeba k ní přistupovat individuálně.

V praktické části se zaměřím na mladé rodičky a nepříznivé psychosociální vlivy, které se u nich objevují. Zajímá mě přístup mladých rodiček k těhotenství, jak ho vnímají, zda si uvědomují změny s ním spojené a jak na ně reagují. Myslím si, že je potřeba věnovat dostatečnou pozornost této skupině těhotných. Mladé těhotné nejsou dostatečně zralé na roli matky a připravené na mateřství, mají jiný hodnotový žebříček. Jedná se o určitou rizikovou skupinu. Ze strany porodní asistentky je potřeba jim věnovat dostatečnou pozornost a navést je na správnou cestu, aby nedocházelo k negativním změnám spojených s těhotenství a mateřstvím. Vhodná je i užší spolupráce s rodinou těhotné a jejím partnerem. Porodní asistentka by měla mít určité zkušenosti, aby mohla poskytnout efektivní řešení. Situaci je vhodné sledovat i po porodu, aby byl zaznamenán její vývoj, popřípadě byla možnost ho určitým způsobem korigovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství a s ním spojený porod se řadí mezi náročné životní situace v životě ženy. Dochází ke změnám po stránce tělesné, psychické a sociální. V období těhotenství dochází k mnoha změnám, se kterými se těhotná žena postupně vyrovnává. Psychické změny během těhotenství a porodu ovlivňuje osobnost těhotné ženy, její věk, zralost osobnosti, postoj k těhotenství a mateřství, socioekonomická situace a životní styl. Těhotná žena přijímá novou životní roli matky a mění se její chování a životní styl. Vyvíjí se její mateřská identita, kdy žena začlení vlastní já do její nové role „matky“. Ženy mohou být zmatené, úzkostné a nostalgické. Dochází k narušení dosavadního životního stylu, který žena postupně přizpůsobuje svému těhotenství a příchodu děťátka na svět (Ratislavová, 2008, s. 26).

Z profesionálního hlediska je zastaven profesní růst a s ním spojená finanční odměna. S nástupem na mateřskou dovolenou přichází omezení finančních prostředků, kdy se žena stává závislá na finanční podpoře státu, popřípadě partnera. Ženy mohou mít pocit nejistoty ze snížení finančních prostředků (Ratislavová, 2008, s. 26).

V tomto období plném změn je potřeba ženě poskytnout podporu a pozornost ze strany partnera, blízké rodiny a přátel. V těhotenství může docházet k obnově starých nevědomých nebo nevyřešených konfliktů, které jsou většinou spojené s matkou (Ratislavová, 2008, s. 26).

Somatické změny mohou působit na psychickou stránku v případě, že žena není spokojena se svým tělem. Těhotná ztrácí kontrolu nad svým tělem a prožívá negativní pocity ze ztráty atraktivity. Se ztrátou atraktivity souvisí i obavy ze ztráty partnera (Hájek a kol., 2014, s. 63).

Reakce na těhotenství a jeho vnímání ovlivňuje prožívání, chování a psychika těhotné ženy. Porodní asistentka vnímá ženu po její stránce somatické, psychické a spirituální jako celek. Těhotné ženy mohou prožívat ambivalentní pocity. Časté jsou změny nálad až přehnané emoční reakce. U 90% těhotných se spíše vyskytují negativní pocity. Hormony hrají důležitou roli v oblasti psychiky, ovlivňují aktivitu a metabolismus mozkových neurotransmiterů. Důležitou roli hrají estrogény, progesteron a lidský choriogonadotropin. (Ratislavová, 2008, s. 17-18).

V souvislosti s těhotenstvím dochází k narušení kognitivních funkcí u žen, tento stav se označuje jako benigní těhotenská encefalopatie a vyskytuje se až u poloviny těhotných žen. Těhotné mívají potíže s pamětí a učením. Jsou více unavené, trápí je nespavost, těžko se soustředí a mají pocit desorientace. K úpravě situace dochází samovolně po porodu (Ratislavová, 2008, s. 26).

1.1 Psychika těhotné ženy v prvním trimestru

Během prvních třech měsíců těhotenství je žena zaměřená na své tělo a uvědomuje si první známky těhotenství. Postupně si uvědomuje, že se v jejím těle vyvíjí nový život a s ním nastanou změny. Žena může prožívat pocit nejistoty spojený s novou rolí matky. Mohou se objevit protikladné pocity v souvislosti se zdravím dítěte. Sdělení těhotenství partnerovy a rodině může pro ženu představovat problém, který ji tíží. Těhotná může pociťovat obavy a strach z reakce partnera na těhotenství. Porodní asistentka může ženě pomoci, vyslechne si její stesky a očekávání, poskytne ženě případnou podporu a doporučí konkrétní doporučení (Ratislavová, 2008, s. 26).

Psychické potíže jsou přímo úměrné nestabilnímu partnerskému vztahu s ohledem na plánování těhotenství. Míra stresu je ovlivněna osobností partnerů, jejich věkem a vztahem mezi nimi. Obavy a pocit úzkosti snižuje dostatek informací o těhotenství, porodu a vztazích (Hájek a kol., 2014, s. 63).

1.2 Psychika těhotné ženy ve druhém trimestru

Ve druhém trimestru těhotenství začíná těhotná vnímat pohyby plodu. Dochází k ustálení pocitů. Těhotná začíná postupně vnímat těhotenství pozitivně. Snaží se dodržovat zásady zdravého životního stylu, začíná navštěvovat cvičení pro těhotné a kurzy předporodní přípravy. Aktivně si vyhledává informace o těhotenství a porodu. Žena si představuje své nenarozené dítě, jak bude vypadat, komu bude podobné a jaké bude mít vlastnosti. Pokud má těhotná komplikace nebo zažila traumatické zážitky spojené s těhotenství, jsou u ní časté obavy o zdraví dítěte. Pro těhotné je vhodné začlenění do komunity těhotných, kde mají prostor sdělovat si mezi sebou své pocity, stesky, plány a rady. Těhotné ženy potřebují s někým sdílet své pocity, stesky a očekávání ohledně těhotenství. Může nastat chvíle, kdy těhotná získá pocit obavy a nejistoty. V tomto případě hraje důležitou roli porodní asistentka, která ženu vyslechne a poskytne jí pravdivé a ucelené informace. Pokud nemá

porodní asistentka potřebné kompetence na řešení určité situace, je potřeba ženě doporučit odborníka na danou problematiku (Ratislavová, 2008, s. 26).

1.3 Psychika těhotné ženy ve třetím trimestru

Ve třetím trimestru těhotná buduje „rodinné hnízdo“ a chystá se na porod. Období třetího trimestru je pro ženy náročnější, jsou unavené, mají potíže se spánkem a trápí je pocit nepohodlí. Některé ženy chtějí již porodit, těhotenství jim připadá dlouhé a necítí se již dobře. U většiny žen se objevuje strach a obavy z porodu. Dále může mít těhotná žena obavy z nové role matky (Ratislavová, 2008, s. 26-27).

1.4 Úkol porodní asistentky během těhotenství

Porodní asistentka, která vede prenatální poradnu, má být ženě oporou, přítelkyní a rádkyní. Každá těhotná má svá očekávání, stesky, přání a obavy. Porodní asistentka ženu vyslechne a zodpoví ji její otázky. V případě nejistoty těhotnou uklidní a uvede situaci na pravou míru s ohledem na její kompetence. Bere ohled na rozhodnutí klientky a respektuje její názory. Je potřeba brát v potaz bio-psycho-sociální jednotu ženy. Mezi porodní asistentkou a klientkou by měl být rovnocenný vztah se zachováním profesionality (Mander, 2014, s. 14-15).

2 KOUŘENÍ V GRAVIDITĚ

Kouření má negativní vliv na matku i plod. Je spojováno se spontánním potratem, s předčasným porodem, předčasným odloučením placenty, nitroděložní růstovou retardací plodu a vyšší pravděpodobností nitroděložního úmrtí plodu. Pasivní kouření, kdy je těhotná žena vystavena okolnímu cigaretovému kouří, je spojováno s nízkou porodní hmotností novorozence (Vašut a kol., 2007, s. 71).

Negativní vliv kouření na matku a plod je zvýšen v souvislosti s věkem a přítomností rizikových faktorů v anamnéze těhotné ženy (Hájek a kol., 2014, s. 62).

Kouření v těhotenství se podílí na nízké porodní hmotnosti plodu v 18 %. Kuřačky, které zjistí, že jsou těhotné, přestanou kouřit ve 25 až 40 % případů (Vašut a kol., 2007, s. 71).

Spontánní potraty se vyskytují 1,4krát častěji u kuřaček v porovnání s nekuřačkami. Perinatální úmrtnost je 1,2krát vyšší v souvislosti s kouřením během gravidity. U dětí kuřaček je 1,9krát zvýšený výskyt nízké porodní hmotnosti novorozence a předčasných porodů (Hájek, 2014, s. 62).

2.1 Vliv kouření na plod a novorozence

Nikotin způsobuje zúžení cév, které vede ke zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku. Dále se v organismu hromadí karboxyhemoglobin, což je složka, kdy se na hemoglobin naváže oxid uhličitý a dochází k nedostatečnému okysličení tkání. Následně je snížen uteroplacentární průtok a plod je nedostatečně zásoben živinami a kyslíkem od matky. S těmito faktory souvisí vznik nitroděložní růstové retardace plodu (Vašut a kol., 2007, s. 71).

U žen, které v těhotenství kouří, je snížen průtok krve dělohou, což vede k jejímu nedostatečnému okysličení, a následnému negativnímu dopadu na plod (Hájek a kol., 2014, s. 62).

Vliv kouření přetrvává i po porodu plodu, kdy novorozenci kuřaček jsou méně kojeny.

U dětí kuřaček je zvýšený výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence (Hájek a kol., 2014, s. 62).

2.2 Doporučení pro těhotné kuřačky

Těhotné kuřačky je potřeba edukovat o negativním dopadu kouření na plod a doporučit jim, aby s kouřením přestaly úplně. Snížené množství vykouřených cigaret v graviditě negativní vliv na plod nesnižuje (Hájek a kol., 2014, s. 62).

Do zdravotnické dokumentace je potřeba zaznamenat, že těhotná žena byla o problematice kouření v graviditě informována. Poradenství v gynekologické ambulanci poskytuje lékař nebo porodní asistentka, která je dostatečně proškolená (Vašut a kol., 2014, s. 71-72).

Pokud žena doporučení nerespektuje nebo má potíže při odvykání kouření, je vhodné ženě doporučit návštěvu specializované poradny na odvykání kouření, kde jí poskytnou odbornou péči. Porodní asistentka může ženě domluvit návštěvu poradny. Pokud si to žena přeje, může ji porodní asistentka nebo jí blízká osoba na domluvenou návštěvu doprovodit, v rámci poskytnutí podpory. Ve specializované poradně je potřeba si stanovit stav situace při kouření a po odvykání. Zjišťuje se hladina oxidu uhelnatého v dechu a kotininu, což je metabolit nikotinu v krvi matky. Tyto výsledky se porovnávají s nekuřačkami. Je vhodné poradnu navštěvovat opakovaně. V poradnách je ženě nabídnuta zdravotnická osvěta společně s podpůrnou terapií, kdy žena dostává určitý návod, jak se zbavit závislosti na nikotinu. Specializované poradny poskytují lepší efekt oproti edukaci ženy v gynekologické poradně (Vašut a kol., 2007, s. 71-72).

U těhotných kuřaček je zaznamenán nedostatek vitamínu C, kdy je potřeba zvýšit jeho příjem. Hladina beta-karotenu, vitamínu B12 a B6, a kyseliny listové, je u kuřaček snížena oproti těhotným nekuřačkám. Není však jasné, zda je to způsobeno kouřením či nedostatečným příjmem těchto látek ve stravě, nebo jinými faktory v anamnéze. Je vhodné tyto látky do organismu dodat v potřebném množství. Vhodné je užití vitamínových přípravků, které částečně substituují hladiny těchto látek (Vašut a kol., 2007, s. 72).

3 KONZUMACE ALKOHOLU V GRAVIDITĚ

Alkohol má nepříznivý účinek na vývoj plodu v graviditě. Na negativní účinek alkoholu na plod upozornil již starořecký filosof Platon, který tvrdil, že pokud je dítě zplozeno v alkoholovém opojení, bude slabomyslné, neposlušné a více nemocné (Vašut a kol., 2007, s. 67).

Alkohol je legální droga, která je snadno dostupná a společností tolerována, hlavně v evropských zemích. Ovlivňuje somatickou a psychickou stránku jedince, což vede k narušení osobnosti. Podílí se na narušení rodinných a partnerských vztahů (Schmidtová, 2007, s. 354).

Etanol obsažený v alkoholu prochází přes placentární bariéru, kdy dochází k přestupu alkoholu z krve matky do krevního oběhu plodu (Hájek a kol., 2014, s. 62).

Ethanol se metabolizuje pomocí alkohol dehydrogenázy na acetaldehyd, který má na plod toxický účinek (Vavříková; Binder, 2006, s. 55).

Plod se alkoholu zbavuje o polovinu delší čas než matka (Ratislavová, 2007, s. 32).

Aktivita fetální alkohol dehydrogenázy se pohybuje kolem 10 % v porovnání s mateřským organismem. Alkohol se z větší části odbourává v játrech matky a plod je tak delší dobu vystaven účinku alkoholu, který se koncentruje ve vodě plodové (Vavříková; Binder, 2006, s. 55).

Ve vodě plodové narůstá koncentrace alkoholu pomaleji oproti krevnímu séru plodu. Přítomnost alkoholu lze prokázat ve vodě plodové, i když není alkohol přítomen v krevním oběhu plodu (Vavříková; Binder, 2006, s. 55).

3.1 Vliv konzumace alkoholu na dítě v jednotlivých trimestrech

Alkohol se řadí mezi teratogenní látku, která způsobuje odchylku fenotypu embrya a plodu. Dochází k poškození spermií nebo vajíčka při oplození, které vede k narušenému vývoji embrya. Poškozené buňky embrya se nahradí novými nebo dojde k zániku embrya a následně k abortu (Vašut a kol., 2007, s. 67).

Vliv alkoholu na organismus je komplexní a nebyl zatím přesně stanoven. Při pokusu na zvířatech byl prokázán účinek na syntézu bílkovin, placentární transport aminokyselin a glukózy. Byla popsána hypoglykémie a hypoinzulinémie plodu. Dále byl zaznamenán pokles hormonů štítné žlázy a zásob glykogenu v játrech plodu, což se podílí na zpomalení růstu plodu. Alkohol způsobí narušení poměru prostacyklinů a tromboxanu, a jejich

metabolitů v moči, které vede k vazokonstrikci. Plod je tak vystaven chronické hypoxii, která negativně působí na jeho vývoj (Binder; Vavříková, 2011, s. 139).

Při chronické hypoxii je plod vystaven nedostatku kyslíku od matky, který vydrží kompenzovat několik dnů až týdnů. Plod zapojí své kompenzační mechanismy, mezi které patří snížení dechový pohybů a pohybů končetin, a centralizace krevního oběhu. Vlivem chemoreceptorů, které se nachází ve velkých cévách a aktivují se při nedostatku kyslíku, dochází k centralizaci krevního oběhu. Následně se aktivuje anaerobní metabolismus na periferních tkáních a centrální orgány jsou více zásobeny kyslíkem. U plodu je přednostně zásoben mozek, srdce a nadledviny. Při anaerobním metabolismu probíhá proces glykogenolýzy, při kterém dochází ke štěpení zásobního zdroje energie tzv. glykogenu na glukózu za pomoci enzymu glykogenfosforylázy. Kyselina mléčná (laktát) vzniká jako vedlejší produkt a hromadí se ve tkáních. Při anaerobním metabolismu je narušen metabolismus buněk. S chronickou hypoxií je spojena nitroděložní růstová retardace, kdy je plod menší, než má být v daném gestačním týdnu. Plod dobře snáší poporodní adaptaci, pokud nenastanou přidružené komplikace (Hájek a kol., 2014, s. 282-286).

V prvním trimestru konzumace alkoholu způsobuje malformace nervového systému. Dochází ke zpomalenému růstu buněk a opožděnému vývoji plodu. To vede k jeho opožděnému růstu a plod se rodí s nízkou porodní hmotností (Vašut a kol., 2007, s. 69).

V druhém trimestru je nejvyšší riziko abortu v souvislosti s konzumací alkoholu během gravidity oproti ostatním trimestrům (Vašut a kol., 2007, s. 69).

Ve třetím trimestru je narušen růst plodu. Dochází ke strukturálním změnám mozku a centrální nervové soustavy (Vašut a kol., 2007, s. 69).

3.2 Vliv konzumace alkoholu na dítě v pozdějším období

V pozdějším období se projevují specifické poruchy chování u dětí. Časté jsou poruchy učení, které jsou způsobeny poruchou řeči a paměti. Děti jsou pomalejší a delší dobu zpracovávají informace, které jsou jim předávány. Dále jsou vznětlivé a těkavé, což narušuje proces učení. U dětí je zhoršena prostorová orientace. Velmi časté jsou poruchy pozornosti, které souvisí s učením (Vašut a kol., 2007, s. 69).

3.3 Fetální alkoholický syndrom

Mezi nejtěžší postižení spojené s nadměrnou konzumací alkoholu v graviditě řadíme fetální alkoholický syndrom (FAS), který se projevuje mentální retardací u dětí

a přítomností defektů u novorozence (Vašut a kol., 2007, s. 67).

Není stanovena hladina alkoholu, která by vedla k fetálnímu alkoholickému syndromu u plodu, proto nelze vyloučit škodlivost alkoholu i v malých dávkách (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

Pojem „fetální alkoholový syndrom“ byl vymezen v roce 1973 dr. Jonesem, který jako první popsal abnormální rysy u dětí, které jsou spojené s konzumací alkoholu v graviditě (Schmidtová, 2007, s. 354).

3.3.1 Klinický obraz fetálního alkoholového syndromu

Mezi základní znaky FAS se řadí abnormální obličejové rysy, opožděný růst a poruchy centrální nervové soustavy (Vašut a kol., 2007, s. 67).

Mezi abnormální rysy obličeje řadíme mikrocefalii, hypotelorismus, dlouhé hypoplastické philtrum a tenký horní ret (Schmidtová, 2007, s. 355).

Mikrocefalie je porucha vývoje mozkové tkáně, kdy dochází k předčasnému ukončení růstu a vývoje mozkové tkáně a celé hlavičky plodu. Typickým příznakem je malý obvod hlavičky oproti hrudníku plodu. K rozvoji mikrocefalie většinou dochází až ve třetím trimestru. V těhotenství je prokázána na základě ultrazvukového měření obvodu hlavičky plodu, kdy biparietální průměr hlavičky, což je největší vzdálenost na spojnici obou parietálních kostí, je výrazně menší oproti normě (Hájek a kol., 2014, s. 131).

Hypotelorismus je odborný pojem pro blízko u sebe umístěné očnice (Hájek a kol., 2014, s. 132).

Phyltrum je středová prasklina mezi nosem a rtem, která je u FAS zploštělá a nevýrazná. Phyltrum vzniká při embryonálním vývoji, kdy se spojuje část rtu, čelisti a patra k sobě. Vlivem jeho narušeného vývoje vznikají u dětí rozštěpové vady (Schmidtová, 2007, s. 355).

Na končetinách novorozence jsou typické zmenšené poslední články prstů (Schmidtová, 2007, s. 356).

Mezi další obličejové znaky patří ploché tváře, nízký kořen nosu, krátký nos a malá brada. U dětí může docházet i k anomáliím uší (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

Mohou se objevit odchylky očí, hlavně sítnice, močového traktu a skeletu, sluchové a vestibulární poruchy, kožní onemocnění a dysplazie nehtů (Vavříková; Binder, 2006,

s. 56).

U dětí se dále vyskytují srdeční vady a renální onemocnění. V souvislosti s FAS je zaznamenán vznik autismu (Schmidtová, 2007, s. 355 – 356).

Mezi srdeční vady patří Fallotova tetralogie, která je relativně častá a lze ji operačně řešit. Dochází k chronické hypoxii organismu. Jsou přítomny pravolevé zkraty a defekty komorového septa. Dále je zvýšen odpor cévního řečiště vlivem stenózy plicnice a hypertrofie pravé komory (Hájek a kol., 2014, s. 328).

Děti s FAS mají průměrné IQ kolem 60-70, což je úroveň lehké mentální retardace.

U předškoláků je častá hyperaktivita. U dětí školního věku se vyskytuje ADHD (Schmidtová, 2007, s. 356).

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je neurologické onemocnění, projevující se hyperaktivitou, poruchou pozornosti a impulzivností. ADHD je lépe rozpoznatelná u chlapců než dívek, kdy u chlapců je 3-5krát častější impulzivnost. Dříve se ADHD pojem označoval jako lehká mozková dysfunkce a lehká dětská encefalopatie, který byl z lékařského hlediska chybný (Burden, 2010, s. 617 – 627).

3.4 Fetální alkoholový efekt

Fetální alkoholový efekt (Fetal alcohol effects, FAE) neboli parciální fetální alkoholový syndrom, je podstupeň fetálního alkoholického syndromu. Ke stanovení diagnózy FAE je potřeba brát ohled na určitá kritéria, kdy je potvrzen abúzus alkoholu těhotné ženy a zároveň jsou přítomné typické obličejové znaky fetálního alkoholového syndromu. Dále mohou být přítomny další znaky, mezi které řadíme vývojové abnormality centrální nervové soustavy. Intelekt je v rozmezí 70-85. Jsou přítomny kognitivní dysfunkce, poruchy chování a poruchy růstu (Schmidtová, 2007, s. 356).

3.5 Porucha nervového vývoje spojená s konzumací alkoholu

Porucha nervového vývoje spojená s konzumací alkoholu neboli Alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND) způsobuje funkční nebo mentální problémy, které jsou spojené s prenatálním užíváním alkoholu. Řadíme sem abnormální poruchy chování a kognitivních funkcí. Chybí zde poruchy růstu a typické obličejové rysy. Časté jsou problémy s učením, zhoršený prospěch ve škole, nekontrolovatelné chování a poruchy pozornosti (Vašut a kol., 2007, s. 69).

Dále mohou mít děti s poruchou nervového vývoje nízkou porodní hmotnost a menší vzrůst oproti vrstevníkům. Dále obličejové abnormality, poruchy koordinace, mentální retardaci v souvislosti s nižším IQ, poruchy s denním režimem a narušený spánkový režim. Mentální retardace souvisí s poruchami učení. Může být i narušen sací reflex (Vašut a kol., 2007, s. 69).

3.6 Novorozenecká funkční porucha spojená s konzumací alkoholu

Novorozenecká funkční porucha spojená s konzumací alkoholu (Alcohol-related birth defects, ARBD) je spojená se somatickými odchylkami, ale nedochází k vývojovému poškození mozku (Schmidtová, 2007, s. 356 – 357).

Jedinci postižení ARBD mají potíže se srdcem, ledvinami, kostní hmotou a sluchem (Vašut a kol., 2007, s. 68).

3.7 Výskyt alkoholismu v graviditě

Alkoholismus v graviditě v ČR není častý. Je spojen spíše s těhotnými s nižším socioekonomickým statusem a osamělými či rozvedenými těhotnými ženami. Fertilita je u alkoholiček snižena. Alkoholismus je spojen s nikotinismem a ostatními nepříznivými vlivy v těhotenství, jako jsou drogové závislosti a nepříznivé vztahy v rodině (Binder; Vavříková, 2011, s. 138).

3.8 Průběh těhotenství u těhotné závislé na konzumaci alkoholu

Pokud otěhotní těhotná žena, která je závislá na konzumaci alkoholu, lze předpokládat vyšší výskyt komplikací během těhotenství. Komplikace jsou přímo závislé na orgánovém poškození organismu těhotné v závislosti na dávce a četnosti alkoholu (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

Mezi nejzávažnější postižení patří jaterní cirhóza. U těhotných, které jsou postižené jaterní cirhózou v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu, je vyšší výskyt abortů a předčasných porodů. Jsou potřebné častější kontroly, při kterých se pomocí ultrazvuku kontroluje růst a vývoj plodu a provádí se Dopplerovská flowmetrie, při které se kontrolují průtoky krevním řečištěm plodu. V závěru těhotenství může dojít ke vzniku výpotku tzv. ascites, který souvisí s portální hypertenzí. Velmi nebezpečné jsou jícnové varixy, kdy při jejich narušení může dojít k život ohrožujícímu krvácení. U těhotných alkoholiček je častá malnutrice a úplné chybění vitamínů (karence), hlavně vitamínů skupiny B (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

Při laboratorních vyšetřeních jsou narušené hladiny sérových lipidů a cholesterolu. Je snižena hladina estradiolu, estriolu a progesteronu. Hladina sérového prolaktinu stoupá. Zvyšují se hladiny tromboxanu a prostacyklinů v ledvinách matky (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

Většinou se volí vaginální porod. V případě diagnostikovaných jícnových varixů v anamnéze těhotné se volí císařský řez, aby v průběhu druhé doby porodní, kdy žena aktivně tlačí, nedošlo ke krvácení (Vavříková; Binder, 2006, s. 56).

K hodnocení alkoholismu v těhotenství slouží dotazník TWEAK, který má pět otázek (viz. příloha) Pokud žena má více než tři body, je závislá na konzumaci alkoholu (Ratislavová, 2008, s. 32).

Zkratka TWEAK (Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia, Cut dow) je složena z jednotlivých otázek. Otázky jsou zaměřeny na toleranci, obavy, ranní pití, amnézii a otázku, zda závislý přemýšlí o léčbě. Lze jednoduše vyhodnotit (Novotný; Novotný, 2009).

3.9 Doporučení

Lékař nebo porodní asistentka informují ženu o nepříznivém účinku alkoholu na její zdravotní stav a zdraví dítěte. Těhotné je doporučena abstinence alkoholu. Pořizuje se zápis do zdravotnické dokumentace o edukaci klientky. Ženě je doporučena specializovaná léčba. Je vhodné, aby porodní asistentka zůstala v kontaktu se ženou. Ideálně, aby jí domluvila návštěvu specializované poradny a ženu doprovodila. Porodní asistentka poskytuje ženě oporu. Pokud těhotná návštěvu specializované poradny odmítne, je vhodné ženu s odstupem času opět edukovat a doporučit návštěvu specializované poradny. Je vhodné apelovat na blaho dítěte (Binder; Vavříková, 2011, s. 139-140).

4 OSTATNÍ SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTEK V GRAVIDITĚ

4.1 Návykové látky

Mezi ostatní návykové látky lze zařadit opioidy, stimulační drogy, kanabinoidy, halucinogeny a benzodiazepiny (Vavříková; Binder, 2006, s. 40).

Opakované užívání návykových látek je popisováno přibližně u 6 % populace. Značnou část uživatelů drog tvoří ženy ve fertilním věku. Mezi ilegální drogy užívané v populaci těhotných v ČR patří heroin (diacetylmorfin), pervitin (metamfetamin) a marihuana. Kokain se užívá vzácně, patří mezi „drogy bohatých“ z důvodu vysoké pořizovací ceny. Drogy prochází přes placentární bariéru a ovlivňují vývoj plodu. Při opakovaném užívání návykové látky vzniká závislost, která působí na centrální nervový systém. Postupně dochází k desocializaci jedince, rizikovému sexuálnímu chování, nedostatečné výživě a hygieně. Častým negativním dopadem u uživatelů drog je kriminalita. U žen, dochází k úbytku podkožního tuku, což vede k poruchám ovariálního a menstruačního cyklu, ale nedochází k blokaci ovulace. Častým jevem je pozdní záchyt gravidity a s ním spojená nedostatečná nebo úplně chybějící prenatální péče. U žádné ilegální drogy nebyl jednoznačně prokázán teratogenní účinek na plod. Citlivost organismu k užívané návykové látce a její metabolismus se v průběhu těhotenství mění. Záleží na dávce látky a poměru vody a plazmy v organismu, které ovlivní její koncentraci (Binder; Vavříková, 2011, s. 131-132).

Důležitou roli hraje i aplikace drogy, nejrizikovější způsob je intravenózní aplikace, při které dochází ke vzniku zdravotních komplikací, které souvisí s nesterilním vybavením a nečistotou drogy. Je zvýšené riziko přenosu HIV a hepatitid mezi uživateli drog. Mohou se objevit i endokarditidy a záněty žil. Periferní žilní systém je porušen a dochází k jeho obstrukci. Problém nastává při krevních odběrech v prenatální poradně (Binder; Vavříková, 2011, s. 132).

4.2 Opioidy

Opioidy se řadí mezi alkaloidy, které se získávají naříznutím z nezralé makovice (papaver somniferum). Jejich psychotropní účinek je známý přes tisíc let a sloužil k léčebným účelům. Mezi základní alkaloidy obsažené v opiu patří morfin, kodein a papaverin. Hlavním účinkem opioidů je efekt celkového zklidnění organismu, kdy mají podobný

účinek jako přirozené endorfiny. Navodí příjemné uvolnění a zklidnění, pasivní prožívání okamžiků a pomáhají odstranit každodenní problémy. Při předávkování dochází k prohlubující se ospalosti až spánku. Může způsobit kóma až smrt vlivem útlumu dechového centra. Při užívání opioidů vzniká jejich rychlá tolerance, kdy je potřeba pro dosažení potřebného účinku neustálé zvyšování dávek. Dávky se zvyšují z desítek miligramů až na stovky miligramů. Není vzácné užívání i v několikagramových dávkách za den. Po aplikaci drogy nastává příjemné uvolnění, které po odeznění účinku vymizí. Tento stav se objevuje pouze na začátku užívání. Po delší době užívání se uživatel drogy cítí relativně dobře, ale po odeznění účinku již nastává abstinenční syndrom, který se projevuje bolestmi svalů, kloubů, zvýšeným pocením, subfebrilií, zvracením, nauzeou a křečemi. Aby se předešlo abstinenčním příznakům, je potřeba aplikovat drogu co nejdříve po vymizení účinku. Z tohoto důvodu jsou uživatelé opioidů nuceni obstarat si další dávku drogy, s tím souvisí majetková trestná činnost a ztráta socioekonomické stability. S užíváním opioidů je spojená prostituce (Vavříková; Binder, 2006, s. 40 - 41). Mezi nejužívanější látku ze skupiny opioidů patří heroin neboli diacetylmorfin, který se u nás začal objevovat po roce 1989 jako běžný prostředek proti kašli. Heroin je v ČR nejužívanější ilegální droga, která je velmi často konzumována těhotnými ženami. Heroin lze podávat intravenózně, šňupat nebo inhalovat z nahřáté aluminové fólie (Vavříková; Binder, 2006, str. 40-41). Při intravenózní aplikaci spolu s rizikovým chováním je zaznamenán vyšší výskyt infekčních onemocnění, jako je HIV, hepatitida C, TBC a bakteriální pneumonie. Častý je i výskyt sexuálně přenosných onemocnění (Binder; Vavříková, 2011, str. 132).

4.2.1 Vliv opioidů na plod a novorozence

Heroin rychle proniká přes placentární bariéru a lze jeho přítomnost ve fetálních tkáních prokázat již jednu hodinu po aplikaci. Jeho užívání vede ke vzniku vrozených vývojových vad u plodu, časté jsou také předčasné porody. Pro plod je škodlivější odbourávání látky v porovnání s kontinuální expozicí, kdy je plod vystaven zvýšenému riziku distresu a úmrtí in utero. Kolísání hladiny heroinu v organismu matky a abstinenční syndrom vedou k nedostatečné funkci placenty. S nedostatečnou funkcí placenty souvisí nitroděložní růstová retardace plodu (Binder; Vavříková, 2011, s. 133).

V mikroskopickém nálezu placenty byla prokázána zvýšená vaskularizace villů a proliferace trofoblastických pupenů. Na povrchu choriových klků byla zaznamenána fibrinová exsudace. Také dochází k trombóze pupečnickové žíly, vzniku umbilikální flebitidy a chorioamnitidě. Byly prokázány i odchylky pupečnickových cév, kdy byla přítomna pouze jedna umbilikální arterie (Vavříková; Binder, 2006, s. 41).

Mezi časně následky u novorozence řadíme vznik abstinenčního syndromu u novorozence, který se vyskytuje v 50-80 % a objevuje se 48-72 hodin po porodu (Binder; Vavříková, 2011, s. 133).

Užívání opioidů během těhotenství má i dlouhodobé následky pro dítě. Děti jsou mentálně opožděné. Byla provedena studie, při které bylo zjištěno, že děti mají horší jazykové dovednosti v porovnání s dětmi, které nebyly vystaveny účinku heroinu během těhotenství. Studie je ovlivněna, ale mnoha faktory, jako je zdravotní stav matky během těhotenství, genetikou, vlivem rodinného a společenského prostředí a výchovou (Binder; Vavříková, 2011, s. 133).

Kojení je u uživatelů heroinu kontraindikováno z důvodu přechodu určitého množství drogy do mateřského mléka, je vhodné zastavit laktaci. Žena má ovlivněné vnímání účinkem drogy a může ohrozit zdraví a život novorozence (Binder; Vavříková, 2011, s. 133).

4.2.2 Prenatální péče

Prenatální péče u těhotných závislých na heroinu je nedostatečná. Těhotné navštěvují poradnu sporadicky. V 50 % případů přichází těhotná až k porodu s nástupem kontrakcí děložních nebo po odtoku vody plodové. Pokud žena navštíví těhotenskou poradnu, je vhodné provést laboratorní vyšetření a ultrazvukové vyšetření ihned při první návštěvě. Při ultrazvukovém vyšetření je potřeba opakovaně provádět biometrii plodu v souvislosti s nitroděložní růstovou retardací plodu. Je potřeba těhotnou edukovat a doporučit návštěvu substitučního centra (Binder; Vavříková, 2011, s. 132).

4.2.3 Substituce metadonem

Metadon se začal podávat v USA od r. 1962 k terapeutickým účelům. Jedná se o syntetický opiat. Při jeho podávání nedochází ke zvyšování tolerance a je možné ho podávat pod kontrolou substitučního centra v nezměněných dávkách i po dobu několika let. Byl objeven

v Německu během druhé světové války a používal se jako analgetikum a antitusikum. Postupně se jeho užívání rozšířilo po světě. Od r. 1970 byl v USA používán metadon k léčbě těhotných závislých na opioidech. Metadonový program byl v ČR zahájen 28. 7. 1997 (Vavříková; Binder, 2006, s. 62-63).

Metadon zabraňuje vzniku abstinenčních příznaků v rámci prevence znovu užití opioidu. Nevyvolává pocit euforie jako opioid. Při dlouhodobém užívání si jedinec vytvoří návyk. Dávka, která má preventivní účinek před vznikem abstinenčního syndromu se pohybuje v rozmezí 60-150 mg na den, ale je zcela individuální. Vyšší dávka metadonu má lepší účinek než nižší dávka, při které by substituce byla nedostatečná a závislý by se mohl vrátit k užívání opioidů (Binder; Vavříková, 2011, s. 142).

Závislý jsou součástí speciálního programu, který je zaměřen na substituční terapii metadonem. Je vhodná u těhotných, u kterých selhala abstinenční terapie. Jedinec na substituční terapii se snáze zapojuje zpět do spořádaného života, také jsou odstraněna rizika spojená s injekční aplikací drogy a snižuje se rizikové sexuální chování (Binder; Vavříková, 2011, s. 142).

Existuje kontraindikace, která znemožňuje užívání metadonu. Pokud je těhotná závislá na jiných drogách než opioidech, pokud chybí somatická závislost a při abúzu alkoholu (Vavříková; Binder, 2006, s. 63).

4.2.4 Užívání metadonu v graviditě

Pro těhotnou závislou na užívání opioidů je důležité, aby dávka drogy byla stabilní, a snížilo se riziko rozvoje abstinenčního syndromu u novorozence. Těhotná si pro metadon dochází denně, je možné sledovat vývoj těhotenství a částečně jej kontrolovat. Těhotné, které jsou substituovány metadonem, mají častější prenatální péči a snaží se vést normální způsob života. U novorozenců je menší výskyt nitroděložní růstové retardace. Dávka je individuální. V ČR se podává substituce metadonem po 24 hodinách. Metadon se hromadí v játrech, slezině a plicích plodu. K uvolnění zásob dochází postupně po přerušení pupečnicku. Rozvoj abstinenčního příznaku závisí na dávce metadonu v organismu matky. Čím je dávka vyšší, tím je riziko jeho rozvoje vyšší. Abstinenční příznak se může objevit 2-4 týdny po porodu. U novorozenců může být přítomna trombocytóza, zvýšená agregace trombocytů a systolická hypertenze, která se objevuje 2. týden po porodu a přetrvává až 12

týdnů po něm. Novorozenec má neklidný spánek a narušenou fázi REM spánku. V pozdějším věku je u dětí problém s hyperaktivitou, poruchami učení a chování. Děti se špatně přizpůsobují sociálnímu prostředí. Podle australských a novozélandských pediatrií kojení pomáhá snížit riziko vzniku abstinenčních příznaků při metadonové substituci (Binder; Vavříková, 2011, s. 142-143).

4.2.5 Terapie Buprenorphinem

Buprenorphin je semisystetický opioid z thebainu, který je součástí opia. Původně byla tato látka používána k tišení bolesti. Ravata, Subutex a Suboxon jsou přípravy, které se používají k detoxikačním a odvykacím účelům. Navozuje pocit euforie, který se využívá při odvykání. Buprenorphin nemá embryotoxický a teratogenní účinek. Přebíhá do mateřského mléka v malých koncentracích. Abstinenční syndrom u novorozence při terapii Buprenorphinem nastává druhý den po porodu, má mírný průběh a rychle odezní (Binder; Vavříková, 2011, s. 143).

Pod Ministerstvo zdravotnictví spadá Národní registr uživatelů lékařsky indikované substituce (NRULIS), který má pod kontrolou substituční terapii v souvislosti s užíváním návykových látek (Kalina, 2013, s. 511).

4.3 Abstinenční syndrom u novorozence

Po porodu dochází ke vzniku abstinenčního syndromu u novorozence (Neonatal abstinence syndrom, NAS), který se objevuje 48-72 hodin po porodu. U novorozence přetrvává hladina drogy v séru delší dobu než v těle matky. Příznaky NAS mohou přetrvávat až několik měsíců po porodu (Vavříková; Binder, 2006, s. 69).

4.4 Příznaky abstinenčního syndromu u novorozence

Abstinenční syndrom diagnostikujeme na základě specifických známek chování a funkcí vegetativního nervového systému, které se projevují poruchami gastrointestinálního traktu, respiračního traktu a centrální nervové soustavy. Hlavním znakem poruchy centrální nervové soustavy je zvýšená dráždivost novorozence, která se může rozvinout až do křečovitých stavů. Také je zvýšený svalový tonus. Mohou se objevit nekoordinované pohyby očí a úst. Děti jsou neklidné a spí krátkou dobu. U gastrointestinálního traktu pozorujeme narušený reflex sání a polykání. Novorozenci trpí nevolností, zvracením

a průjmy, což vede k poruchám metabolismu vody a iontů. Může dojít až k vážnému poškození novorozence. U respiračního traktu je typická sekrece z nosu, pocit ucpaného nosu, zrychlené dýchání, dušnost, apnoické pauzy, cyanóza a zatahování hrudníčku. Dále je u novorozenců přítomná zvýšená tělesná teplota, tachykardie, výrazné pocení a poruchy prokrvení kůže (Vavříková; Binder, 2006, s. 69).

Tabulku, která hodnotí riziko abstinenčního syndromu u dětí vystavených účinku heroínu nebo metadonu v prenatálním období, vytvořila Finneganová v polovině 70. let. Tento systém hodnotí abnormální rysy u novorozence. Sleduje 21 příznaků abstinenčního syndromu a hodnotí jej od 1 do 5 bodů. Tento systém je jednoduchý a rychlý na posouzení stavu novorozence v klinické praxi. Skóre dle Finneganové lze použít na hodnocení abstinenčního syndromu i u ostatních drog. Při podezření na abstinenční syndrom se skóre hodnotí každé čtyři hodiny. Pokud novorozenec má skóre 8 a více bodů, je nutná intervence opakovat skóre za dvě hodiny. Abstinenční syndrom je diagnostikován, pokud je skóre 8 a více po třech po sobě jdoucích hodnoceních (Vavříková; Binder, 2006, s. 69).

4.4.1 Terapie abstinenčního syndromu u novorozence

Terapie abstinenčního syndromu je podpůrná a farmakologická. Novorozenec je zvýšeně sledován. Je zajištěno teplotně stabilní prostředí, klid a šero. Dále je vhodná minimální manipulace s dítětem. Je potřeba časté odsávání nosu, položit dítě na břicho nebo pravý bok jako prevenci aspirace, a zajistit výživu. Novorozencům se podávají opiáty. Pokud bodové skóre dle Finneganové klesá, je možné jejich dávku snížit. V případě stagnujícího nebo zvyšujícího skóre je potřeba dávku navýšit. V ideálním případě je potřeba s léčbou abstinenčního syndromu začít co nejdříve, s cílem snížit morbiditu novorozence (Binder; Vavříková, 2011, s. 69).

4.5 Halucinogeny

Halucinogeny se řadí mezi látky, které ovlivňují vnímání. Intenzita změny vnímání může způsobit až toxickou halucinogenní psychózu. V populaci těhotných se halucinogenní látky užívají vzácně, většinou se užívají v kombinaci s jinými drogami. Účinek látky závisí na dávce. Při užívání halucinogenů nedochází ke vzniku abstinenčních příznaků, ani k fyzickému poškození organismu a ke vzniku závislosti. Mezi zástupce této skupiny

řadíme LSD- lysergamid (derivát kyseliny lysergové) a houby s halucinogenním účinkem. Kdy v našich podmínkách se častěji využívá účinek lysohlávký (Binder; Vavříková, 2011, s. 136).

Po podání menší dávky dochází k poruchám vnímání, pocitu euforii a zostřenému vnímání zvuků a barev. Účinek trvá kolem 8-12 hodin, ale může trvat i delší dobu. Pokud uživatel konzumuje vyšší dávky LSD častěji, dochází k narušení psychiky, poruchám vnímání, emocí a myšlení. Dochází k časové a prostorové dezorientaci (Binder; Vavříková, 2011, s. 136).

4.5.1 Vliv halucinogenů na plod a novorozence

V souvislosti s užíváním halucinogenů s jinými drogami byly popsány u plodu chromozomální aberace a mnohočetné vrozené vývojové vady. Při užívání LSD během těhotenství se vyskytuje ve vyšší míře abrupce placenty, nitroděložní růstová retardace a předčasné porody. Abstinenční syndrom u novorozence se projevuje třesem, hypertonem, poruchami příjmu potravy a spánkového vzorce (Binder; Vavříková, 2011, s. 136-137).

4.6 Stimulační látky

Stimulační látky vedou k celkové stimulaci organismu, zrychlují psychomotorické dovednosti, odstraňují pocit únavy, podílí se na zvýšení psychické a fyzické výkonnosti, uvolňují zábrany a dodávají pocit empatie. Mezi stimulační látky řadíme kokain a pervitin (Binder; Vavříková, 2011, s. 134).

Při abúzu kokainu vzniká těhotenská trombocytopenie, která se projevuje sníženým množstvím krevních destiček, vlivem zvětšeného objemu plazmy a nezměněným počtem krevních destiček. Při intoxikaci kokainem může dojít k záměně diagnózy, kdy příznaky jsou podobné preeklampsii nebo eklamptickému záchvatu. Mezi symptomy intoxikace patří bolesti hlavy a břicha, vysoký krevní tlak, poruchy vizu a křečové stavy (Ratislavová, 2008, s. 33).

4.6.1 Vliv stimulačních látek na plod a novorozence

U plodů, které jsou vystaveny účinku kokainu během těhotenství, dochází často ke spontánním potratům. Častý je výskyt částečné ruptury placenty a předčasného porodu.

U novorozenců může dojít k mozkovému infarktu, dále ke vzniku cystických útvarů mozkové tkáně. U dětí dochází k opožděnému vývoji a mají sníženou výkonnost (Hájek a kol., 2014, s. 71).

Při abúzu pervitinu (metamfetaminu) dochází k placentární nedostatečnosti, která se podílí na předčasném odlučování placenty. Častý je výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence (Binder; Vavříková, 2011, s. 134).

Novorozenci, kteří byli vystaveni účinku stimulačních látek během těhotenství, měli po porodu nižší hmotnost, menší obvod hlavy a kratší dolní končetiny. Po porodu měli nižší skóre dle Apgarové. Je u nich výrazně vyšší riziko defektů močového a pohlavního systému. U novorozenců se často vyskytuje akutní abstinční syndrom, který je méně intenzivní a kratší oproti abstinčnímu syndromu při závislosti na opioidech. Někteří autoři v souvislosti s abstinčním syndromem berou v potaz neurotoxický syndrom a neonatální neurologický syndrom, které se projevují hypertonem, iritabilitou, rychlými reflexy, křečemi, průjmy a apnoickými pauzami. Mohou být přítomné i poruchy spánku, tremor a abnormální EEG mozkové tkáně (Binder; Vavříková, 2011, s. 134-135).

Děti matek závislých na užívání stimulačních drog nejsou kojené, je nutné provést opatření k zástavě laktace a převést dítě na umělou výživu (Binder; Vavříková, 2011, s. 135).

Tyto látky mají i pozdní vliv na dítě, kdy dochází k neurologickým a behaviorálním poruchám u dětí. U dětí jsou narušené citové vazby. Vztahy s okolím jsou narušené a nestabilní (Binder; Vavříková, 2011, s. 135).

Pervitin způsobuje u dětí poruchy chování a zvýšenou agresivitu (Ratislavová, 2008, s. 33).

4.6.2 Prenatální péče

Těhotné závislé na užívání stimulačních látek navštěvují prenatální poradnu nepravidelně, spíše sporadicky. Problém závislosti je ze strany uživatelky bagatelizován. V souvislosti s nitrozilní aplikací drogy je nutné provést vyšetření na hepatitidy a HIV. Je vhodné vyšetření hladin jaterních enzymů. Stimulancia způsobují u těhotné periferní vazokonstrikci, tachykardii, hypertenzi a zvýšenou dráždivost dělohy. Plod je vystaven

chronické hypoxii, která se podílí na vzniku nitroděložní růstové restrikce, kdy novorozenec po porodu má nízkou porodní hmotnost (Binder; Vavříková, 2011, s. 134).

4.7 Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou látky získané z rostliny konopí (Cannabis). Marihuana se užívá spíše rekreačně. Většina těhotných užívání marihuany během těhotenství ukončí. Abstinenční syndrom při užívání kanabinoidů má mírný průběh. Projevuje se neklidem, podrážděností, nespavostí, nechutenstvím, nevolností, zvracením, průjmami, nadměrným pocením a třesem. Někdy se mohou objevit i depresivní stavy (Binder; Vavříková, 2011, s. 135).

4.7.1 Vliv kanabinoidů na plod a novorozence

Vliv na plod závisí na dávce marihuany. Pokud těhotná užívá látku pravidelně, byla u plodu prokázána nitroděložní růstová retardace, způsobená chronickou hypoxií. U plodu je snižené flekční držení a omezené reakce. Při vyšetření zrakových potenciálů mají děti prodlouženou reakci vlivem narušení optických drach. Dochází ke snížené reakci na osvit a prodlouženému Moroovu reflexu. Abstinenční syndrom rychle odeznívá, projevuje se neklidem, nespavostí a dráždivostí novorozence (Binder; Vavříková, 2011, s. 135-136).

S užíváním marihuany v průběhu těhotenství je zaznamenám dvakrát vyšší výskyt předčasných porodů (Ratislavová, 2008, s. 33).

4.8 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny se řadí do skupiny léčiv anxiolytik a hypnotik. Anxiolitika slouží ke zmírnění úzkosti. Hypnotika tlumí centrální nervovou soustavu a užívají se na spaní. Užití benzodiazepinu by mělo trvat co nejkratší dobu. V těhotenství je vhodné benzodiazepiny nahradit lékem, který je v těhotenství bezpečný. Pokud to umožňuje zdravotní stav ženy, je vhodné využít metodu psychoterapie (Vachek a kol., 2016, s. 170).

Benzodiazepiny se používají ke zvýšení efektu narkotik a ke zmírnění abstinenčních příznaků při závislosti na opioidech nebo alkoholu. V běžné populaci není vzácná závislost na této skupině léků (Binder; Vavříková, 2011, s. 137).

4.8.1 Vliv benzodiazepinů na plod a novorozence

Mezi známého zástupce skupiny benzodiazepinu patří Diazepam, který je v těhotenství kontraindikován. Způsobuje chronickou novorozeneckou závislost. U novorozenců se může objevit tzv. floppy- infant syndrom, který způsobuje útlum dechového centra, hypotermii, hypotonus, srdeční arytmii a potíže s příjmem potravy. Mezi příznaky abstinčního syndromu patří zvýšené svalové napětí, křeče, mimovolní pohyby svalstva a neztišitelný pláč (Rohde; Dorn, 2007, s. 75).

U novorozence se objevují přechodné neurologické a behaviorální změny. Očistění organismu od benzodiazepinu trvá 7-14 dní. Kdy u některých dětí může přetrvávat abstinční syndrom po dobu jednoho roku, pokud nedošlo k dostatečnému očištění organismu. Po vystavení organismu dítěte účinku benzodiazepinu byly popsány odchylky v oblasti lebky a obličeje (Binder; Vavříková, 2011, s. 137).

4.9 Doporučení porodní asistentky v oblasti problematiky návykových látek

Práce s těhotnými závislými na drogách je náročná. Je potřeba, aby porodní asistentka ženu opakovaně edukovala při návštěvě prenatální poradny, vysvětlila jí rizika spojená s užíváním drog a jejich vliv na dítě. Je vhodné pořídit záznam do zdravotnické dokumentace. Při řešení této problematiky je vhodné vyhledat odbornou pomoc protidrogového zařízení a ženu o této možnosti informovat. Porodní asistentka může těhotné domluvit návštěvu zařízení, popřípadě jí doprovodit, pokud si to žena přeje. Porodní asistentka ženu neodsuzuje, poskytuje jí podporu (Vašut a kol., 2007, s. 72).

5 TĚHOTENSTVÍ U ŽEN MLADŠÍCH 20 A STARŠÍCH 35 LET

5.1 Věk a těhotenství

Věk ženy vhodný k otěhotnění je mezi 20 až 24 rokem života z hlediska biologického a genetického. Ženy, které otěhotní ve věku mladším 20 let, jsou z biologického hlediska schopny otěhotnět, ale nejsou duševně připravené na změny spojené s těhotenstvím a mateřstvím. U žen ve věku nad 30 let klesá plodnost a mohou mít potíže s otěhotněním. U žen nad 35 let je zvýšené riziko komplikací. Častý je výskyt samovolných potratů, hypertenze a s ní spojenou preeklampií a vývojových poruch plodu (Pařízek, 2009, s. 36).

V souvislosti s těhotenstvím je brán i ohled na věk partnera těhotné. Vyšší věk partnera se podílí na vzniku vývojových vad u plodu (Pařízek, 2009, s. 36).

5.2 Těhotná žena mladší 20 let

5.2.1 Psychika dospívajících dívek

U žen mladších 20 let je důležité, zda se jedná o chtěné či nechtěné těhotenství. Dívka mladší 20 let není dostatečně připravená na roli matky, není schopná dostatečného uvažování v porovnání se zralým jedincem a těžko vnímá psychické změny spojené s těhotenstvím. Nezralý organismus nedokáže objektivně vnímat realitu kolem sebe a často jedná impulzivně. U dívek je jinak nastaven hodnotový žebříček oproti ženám, které již dospěly. Matky v období dospívání poznávají svou osobnost, sestavují si hodnotový žebříček a utváří si životní cíle (Ratislavová, 2008, s. 29).

5.2.2 Psychologické aspekty těhotenství ve věku mladším 20 let

V případě chtěného těhotenství, jde spíše o jednání, při kterém se dívka snaží urychlit proces dospívání a osamostatnit se od původní rodiny. Dívka potřebuje získat pocit samostatnosti a uznání od rodiny. Myslí si, že získá obdiv okolí a uznání, aby si mohla zvýšit pocit sebeúcty. Opakem je prožívání pocitu samoty, hněvu a bezmoci. Dostává se jí nedostatečné podpory ze strany partnera a rodiny. Izoluje se od svých vrstevníků. Tyto jevy vedou k pocitu vlastní nespokojenosti a selhání v roli matky (Ratislavová, 2008, s. 29).

Při nechtěném těhotenství pro dívku nastává důležitá životní otázka, zda si dítě ponechá nebo těhotenství ukončí. Dívky, které nechtěně otěhotní, mohou těhotenství tajit před okolím (Ratislavová, 2008, s. 29).

5.2.3 Vliv na plod a vývoj dítěte

Mladé a neprovdané dívky často rodí děti s nízkou porodní hmotností. Dívka má potíže s rozeznáním potřeb dítěte a nedokáže citlivě reagovat na jeho potřeby. Tímto jednáním může narušit psychický vývoj dítěte. U dětí těchto matek je častý vznik trestné činnosti v mladistvém věku (Ratislavová, 2008, s. 29).

5.2.4 Řešení situace

Mladé matky jsou často nucené vyhledat pomoc azylových domů, kde jim je poskytnuta potřebná pomoc. Konají se zde různé programy, které je mají naučit samostatnosti v péči o dítě, a pomoci jim s vybudováním socioekonomického zázemí. V práci s mladými dívkami lze použít metodu videotréninku, který podporuje pozitivní komunikační dovednosti mezi matkou a dítětem. Další potíže přináší situace, kdy dětství dívky bylo spojeno s nepříznivými vlivy v rodině, které mají tendenci se opakovat. Záleží na situaci, která proběhla a jaký má na jedince dopad. Většina těchto jevů se přenáší do další generace, proto je potřeba včas zasáhnout a zajistit dostatečnou odbornou pomoc a navést dívku na nový směr, jak vychovávat své dítě a jak se má celkově stavět ke svému životu, aby nedošlo k opakování nepříznivé situace (Ratislavová, 2008, s. 29).

5.3 Těhotná žena starší 35 let

5.3.1 Psychologie těhotných žen

Ženy starší 35 let jsou již zralejší a dostatečně vyspělé. Většinou mají vyřešený vztah s matkou, který nenarušuje průběh těhotenství. Starší rodičky mohou pociťovat více obavy o zdraví dítěte, hlavně v případech pokud se setkaly s předchozími neúspěchy v souvislosti s těhotenstvím. Mají zajištěné socioekonomické zázemí, stabilního partnera a dosáhly kariérního postupu. Při poskytování zdravotní péče kladou větší důraz na své potřeby, s tím může souviset vznik konfliktů mezi klientkou a zdravotnickým personálem. Další problém nastává při uspokojení potřeb dítěte, kdy matka upřednostňuje své potřeby před potřebami

dítěte. Ženy se chtějí stát matkami ve vyšším věku, aby sobě a svému okolí ukázaly, že jsou ještě schopné řádně plnit svou reprodukční funkci s ohledem na vyšší věk (Ratislavová, 2008, s. 29).

5.3.2 Rizika v souvislosti s těhotenstvím u starších žen

Riziko vývojové vady plodu u těhotné starší 35 let je kolem 1 %. Po 40. roce je vyšší, literatura udává až 1,8% riziko. Po 45. roce se riziko vrozené vývojové vady pohybuje kolem 6 %. (Pařízek, 2009, s. 36).

Děti starších matek jsou více postiženy Downovým syndromem v porovnání s mladými těhotnými (Pařízek, 2009, s. 36).

S věkem stoupá riziko Downova syndromu, z tohoto důvodu se provádí u těhotných žen starších 35 let amniocentéza. Jedná se o invazivní výkon, kdy se pod kontrolou ultrazvuku zavede přes stěnu břišní do dutiny děložní punkční jehla, pomocí které se odebere vzorek vody plodové (15-20 ml). Riziko Downova syndromu u 35leté ženy je 1:380-325, v porovnání s 20letou je riziko 1:1923-1340. Amniocentéza se provádí od 15. týdne gravidity. Riziko abortu spojené s tímto výkonem je méně než 1%. Výsledek vyšetření je znám do 14 dní, kdy dlouhá doba čekání na výsledky vede k obavám a strachu o zdraví dítěte. Je vhodné ženě poskytnout psychickou podporu a vše jí pravdivě na základě nejnovějších poznatků vysvětlit (Hájek a kol, 2014, s. 105-106).

5.3.3 Prenatální péče u těhotných starších 35 let

Těhotenství žen starších 35 let se považuje za rizikové těhotenství (Pařízek, 2009, s. 36).

Rizikové těhotenství se řadí mezi těhotenství se středním rizikem. Anamnéza těhotné ženy je zatížena rizikovými faktory, ale výsledky vyšetření jsou v pořádku. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním zdravotním stavu ženy. Návštěvy poradny jsou častější v porovnání s fyziologickým těhotenstvím (Hájek a kol., 2004, s. 25).

6 TĚŽKÁ SOCIOEKONOMICKÁ SITUACE V TĚHOTENSTVÍ

6.1 Vliv socioekonomické situace na těhotenství

Do této kategorie lze zařadit ženy svobodné, opuštěné, žijící v nevyhovujících sociálních či ekonomických podmínkách, ale i ženy, které jsou sociálně izolované od společnosti. V souvislosti s touto problematikou souvisí sociální zázemí ženy a její finanční zajištění (Ratislavová, 2008, s. 30).

Byla provedena studie, kterou provedla Green a její kolektiv. Zkoumala, zda sociální třída je spojena se vzděláním a kulturou. Studie uvádí, že vzdělání je úzce spojeno s kulturou jedince. (Mander, 2014, s. 33).

McIntosh tvrdil, že ženy z nižší socioekonomické vrstvy mají určitý postoj k porodu, který je dán hlavně danou kulturou jedince. Tyto ženy neodmítají intervence ze strany lékaře a nevyhledávají „přirozené porody“ (Mander, 2014, s. 33).

V r. 1989 Emily Martin provedla sociální studii, která zkoumala vliv sociální třídy na reprodukční život ženy. Bylo prokázáno, že rodiny ze střední společenské vrstvy se spíše spoléhají na sociální pomoc státu. Zatímco rodiny z „dělnické třídy“ jsou schopny využít s jejich finančními prostředky, které jsou nedostatečné (Mander, 2014, s. 33).

6.2 Psychický dopad nepříznivé socioekonomické situace na těhotnou

Nedostatečné sociální zázemí a nedostatek financí se podepíše na psychické stránce těhotné, kdy ženy mohou zažívat pocit frustrace při krátkodobém trvání situace, v případě trvání po delší dobu mohou být až deprivované. Mohou se objevit úzkostné poruchy v souvislosti se socioekonomickými potížemi. Se sociální izolací souvisí neuspokojení základních životních potřeb. Pokud nejsou uspokojeny základní potřeby, nemůžou být dostatečně uspokojeny potřeby vyšší, mezi ně řadíme pocit lásky, jistoty, bezpečí (Mikšík, 2009, s. 207).

Frustrace je určitý emoční prožitek, který je spojen s pocitem vlastní neúspěšnosti. Opakované neúspěchy vedou k prohlubování pocitu frustrace (Cakirpaloglu, 2012, s. 195).

6.3 Vliv nepříznivé socioekonomické situace na plod a vývoj dítěte

Během těhotenství dochází ke komplikacím. Ženy často rodí předčasně a může se u nich objevit negativní postoj k dítěti. U žen s nízkým socioekonomickým statusem souvisí ostatní nepříznivé psychosociální jevy, které mohou být spojeny s jejich okolím, partnerským vztahem či rodinným zázemím a životním stylem (Ratislavová, 2008, s. 30).

6.4 Řešení situace

V rámci řešení situace je nutná spolupráce porodní asistentky a sociální pracovnice, které pomáhají ženě situaci vyřešit. Vhodné jsou i podpůrné programy pro těhotné ženy a návštěvy mateřských center. Cílem těchto organizací je pomoci najít ženě cestu ke spokojenému životu. Základem pro řešení situace je uspokojení potřeb matky, aby se žena uvolnila a mohla naplňovat své potřeby plnohodnotně (Ratislavová, 2008, s. 30).

7 KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S TĚHOTENSTVÍM

7.1 Vliv komplikací na psychiku těhotné

U některých žen se mohou během těhotenství vyskytnout komplikace, které mohou ohrozit její zdravotní stav a zdraví dítěte. Většina problémů je zjištěna při poskytování prenatální péče, ale mohou nastat i komplikace, které nelze předvídat. Pravidelné kontroly v prenatální poradně mohou včas odhalit rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku komplikací (Dušová; Marečková, 2009, s. 7).

Komplikace mohou souviset s těhotenstvím, zraněním nebo narušeným zdravím. Na vzniku komplikací se může podílet i vnější okolí, které na těhotnou ženu působí (Dušová; Marečková, 2009, s. 8).

Komplikace vyvolávají u ženy pocit strachu a nejistoty. Dochází k prohlubování pocitů strachu a úzkosti. Při hrozícím potratu a předčasném porodu je doporučen klid na lůžku a dlouhodobá hospitalizace. Těhotná je vystavena změně režimu a v případě hospitalizace i změně prostředí. Hospitalismus, stav kdy dochází k psychickým změnám spojených s hospitalizací v nemocničním prostředí, je provázen regresí na předchozí vývojová stádia, depresí, plačtivostí, izolací, apatií a protesty. Může docházet i k projevům agrese vůči zdravotníkům a okolí (Ratislavová, 2008, s. 33).

U těhotné je narušena potřeba jistoty a budoucnosti. Žena prožívá tzv. anticipační úzkost, při které ji tíží obavy a strach ze ztráty budoucnosti. Žena dává najevo znaky neadaptivního chování a je v psychickém napětí, které dává najevo gesty, mimikou a pomocí neverbální komunikace (Ratislavová, 2008, s. 33).

Rizikové těhotenství má dopad na těhotnou a její rodinu. Těhotná s komplikacemi je nucena dodržovat klidový režim v domácím prostředí nebo je hospitalizována v nemocnici. Naruší se tím role v domácnosti. Role těhotné ženy je zastoupena v rodině někým jiným, což vede k narušení rolí ostatních členů. Dále mohou nastat finanční potíže, žena nemůže vykonávat své zaměstnání z důvodu vystavení pracovní neschopnosti. Sníží se tak finanční příjem rodiny. Žena je závislá na sociální podpoře státu. Je narušen i vztah k dítěti, těhotná se nefixuje k dítěti po citové stránce. Chrání se před možnou ztrátou představ o dítěti. Dále

jsou narušena očekávání rodiny spojená s narozením nového člena. (Dušová; Marečková, 2009, s. 8-9).

Čekání na výsledky prenatalní diagnostiky přináší pocity strachu a úzkosti. Některé ženy mohou odmítat metody prenatalní diagnostiky z důvodu ponechání těhotenství i v případě positivity vyšetření. Důležité je seznámit ženu s daným výkonem, s jeho průběhem, riziky, komplikacemi a časové dostupnosti výsledku. Míra úzkosti a strachu závisí na osobnosti jedince, okolnostech a indikaci k výkonu (Ratislavová, 2008, s. 34).

7.2 Úkol porodní asistentky

Porodní asistentka může těhotné a její rodině pomoci v mnoha ohledech. Pomůže rodině vypořádat se s narušením rolí. Doporučí opatření, která zastoupí roli těhotné ženy tak, aby zachovala funkční domácnost. Jedná se o dočasnou situaci, která má svá řešení. Problematiku finanční situace pomůže řešit sociální pracovnice, která rodinu kontaktuje a pomůže jí situaci řešit. Po psychické stránce je důležité vyslechnout pocity ženy a uklidnit ji. Je vhodné poskytnout i psychickou podporu rodině těhotné. Spolupráce porodní asistentky s těhotnou a její rodinou by měla být dlouhodobá (Dušová; Marečková, 2009, s. 8-9).

V případě hospitalizace se snaží porodní asistentka nastavit režim tak, aby žena neprožívala negativní pocity spojené se změnou režimu. Těhotné by měly být umožněny návštěvy rodiny a přátel. Porodní asistentka komunikuje s těhotnou a zjišťuje její pocity a stesky, a dodává ji psychickou podporu. Je potřebné ženy zaměstnat určitou činností, která je baví a naplňuje, ale zároveň je možné ji provozovat v nemocničním prostředí. Popřípadě najít činnost, kterou si žena chtěla vyzkoušet. Hlavním cílem je ženu uklidnit, odpoutat její pozornost, stimulovat psychiku a nechat projevit emoce. Vhodná je metoda muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie. Těhotné jsou poskytnuty jednotné informace. Důležité je navodit pocit důvěry a jistoty mezi zdravotnickým pracovníkem a klientkou (Ratislavová, 2008, s. 33).

7.2.1 Priority porodní asistentky v případě rizikového těhotenství

Úkolem porodní asistentky je podpořit přirozený proces těhotenství, porodu a šestinedělí s poskytnutím dlouhodobé spolupráce. Předat těhotné ženě rady o stravování, pohybové

aktivitě, relaxaci a užívání návykových látek. Porodní asistentka je schopna určit psychický stav ženy a poskytnout potřebnou podporu. Je dostatečně informovaná o onemocnění ženy a jeho možných komplikacích, a také možnostech při poskytnutí odborné péče. Poskytuje ženě individuální psychoprofylaktickou přípravu (Drosdzol; Nowosielski; Skrzypulec, 2010, s. 81).

7.3 Psychoprofylaktická příprava

Psychoprofylaktická příprava neboli předporodní příprava, má ženě poskytnout informace a dovednosti spojené s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Cílem je snížit pocit strachu a úzkosti. Důležitá je spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami. Předporodní přípravu poskytují státní či nestátní gynekologicko-porodnická oddělení, gynekologické ambulance, mateřská centra a soukromé porodní asistentky. Existuje možnost skupinové či individuální předporodní přípravy. Pro rizikové těhotné je vhodná spíše metoda individuální přípravy. V souvislosti s komplikacemi, je potřeba se více zaměřit na psychickou podporu těhotné (Bašková, 2015, s. 36).

Psychická příprava má za cíl dodat pocit sebedůvěry v oblasti těhotenství, porodu, šestinedělí, rodičovství a péče o dítě. Poskytují se odborné a aktuální informace. Hlavním cílem je zmírnit pocit strachu a úzkosti, a předcházet komplikacím. Fyzická příprava zahrnuje svalový trénink a relaxační techniky, které rozvíjí fyzické dovednosti matky. Je zaměřená na porodní bolesti, na techniku dýchání a tlačení (Bašková, 2015, s. 37).

7.4 Strach a úzkost v těhotenství

Strach a úzkost jsou rozdílné pojmy. Strach je reakce na konkrétní podnět, věc či situaci, které se bojíme. Obava je určitá negativní reakce na neurčitou věc, která se projevuje stísněností. Strach nás chrání před nebezpečným jednáním a utváří respekt k dané situaci. Strach je přirozená obrana organismu (Skutilová, 2016, s. 86-87).

Prožívání úzkosti souvisí s procesem motivace. Je potřeba brát v potaz motivaci a hodnotový žebříček jedince. Vnitřní konflikt je určitý druh psycho-fyzické zátěže, který je ovlivněn motivací jedince (Cakirpaloglu, 2012, s. 195).

7.4.1 Faktory ovlivňující strach a úzkost

Hlavní faktor, který ovlivňuje zvládnání situace je osobnost jedince. Záleží na aktuálním zdravotním stavu, v době nemoci zvládáme prožitky spojené se strachem a úzkostí hůře. Předchozí zkušenost má určitý vliv na reakci, která může nastat. Sebepojetí a vývojové období vytváří určitý vliv na situaci spojenou s pocity strachu a úzkosti. U žen, které prožívají pocit strachu a úzkosti v souvislosti s těhotenstvím, je potřeba poskytnout psychickou podporu ze strany porodní asistentky, popřípadě psychologa (Skutilová, 2016, s. 87).

8 PŘEDCHOZÍ NEÚSPĚCHY SPOJENÉ S TĚHOTENSTVÍM

Předchozí neúspěchy mají negativní vliv na psychiku těhotné v nynějším těhotenství.

Řadíme mezi ně spontánní aborty, interrupci z genetických důvodů a porod mrtvého plodu. Ženy jsou více úzkostné a více sledují své těhotenství. Ženy se řadí do rizikové skupiny těhotných. (Ratislavová, 2008, s. 29).

8.1 Potrat

Potrat má psychologický dopad na ženu. Ženy prožívají po spontánním potratu pocit lítosti, viny a ztráty části sebe, mohou mít obavy z dalšího těhotenství. V případě hrozícího potratu prožívají ženy pocit strachu a úzkosti. Pokud žena zažila probíhající potrat, má potřebu hledat viníka situace a prožívá pocit bezmoci v dané situaci. Problematika potratů sebou nese následky, žena má silnou potřebu znát příčinu potratu, aby mohla v budoucnosti situaci předcházet. Pokud není příčina zjištěna, ženy se mohou obviňovat ze situace, i když za ni nemohou. Pokud žena po nepříznivé zkušenosti porodí zdravé dítě, pocity odezní (Ratislavová, 2008, s. 37).

Habituální potracení, je stav, kdy žena potratí třikrát a více za sebou, vyskytuje se v 0,4-0,8 % případů. Riziko dalšího abortu se pohybuje kolem 30-70 %. Je potřeba hledat příčinu. Mezi příčiny patří malformace dělohy, inkompetence hrdla děložního, imunologické, endokrinologické a genetické faktory (Hájek a kol., 2014, s. 243).

Hrozící potrat (abortus imminens) je stav, kdy se dá těhotenství ještě zachránit. Hrdlo děložní je uzavřené a je zachovaná životaschopnost plodu. Ženám je doporučen klidový režim a pracovní neschopnost. K udržení těhotenství je potřeba substituce progesteronu, který udržuje těhotenství. Není vhodná hospitalizace, spíše přináší psychické komplikace. Projevuje se krvácením, které ustává kolem 12. týdne těhotenství. K abortu dochází v 16 % případů (Binder, 2011, s. 88).

8.2 Interrupce z genetických důvodů

Interrupce z genetických důvodů je spojena s pocity viny, studu, úzkosti, vlastní nedostatečností a selháním. Je důležité, aby si žena prožila proces truchlení. Ten trvá u 53 % žen více než jeden rok. Další těhotenství by žena měla plánovat až po ukončení procesu truchlení. Je vhodná konzultace s odborníkem. Pokud žena úspěšně otěhotní, prožívá

pocity strachu a úzkosti z opakování situace, které je potřeba eliminovat. (Ratislavová, 2008, s. 36-37).

8.3 Porod mrtvého plodu

Ženy po předchozím porodu mrtvého plodu, by měly otěhotnět až v době, kdy byl ukončen proces truchlení, který trvá několik měsíců až let. Pokud není situace vyřešena, žena porodí tzv. „náhradní dítě“, které ponese psychické následky celý život. Pokud žena plánuje dát dítěti jméno zemřelého dítěte, je to určité varování, že nedošlo k dokončení procesu truchlení. Než žena znovu otěhotní, je vhodné situaci konzultovat s odborníkem. Ženy mají obavy a strach z možného rizika opakování se prožité situace, kdy si žena spojí předchozí neúspěch s nynějším těhotenstvím. (Ratislavová, 2008, s. 30, 78).

Dochází k nenaplnění očekávání spojených s narozením dítěte., které rodiče měli. Období narození dítěte je spojeno s pocity smutku, strachu, viny a selhání. Je důležité podporovat kontakt mezi matkou a dítětem i v případě mrtvého dítěte, aby rodiče mohly prožít proces truchlení. Kdy kontakt a seznámení se zemřelým děťátkem, pomáhá situaci lépe přijmout. (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 107-108).

Těhotné po porodu mrtvého plodu jsou více sledovány. Každé těhotenství, které následuje po porodu mrtvého plodu je rizikové. Riziko stoupá s věkem matky nad 40 let. Těhotenství by nemělo překročit 40. týden. Pokud je známá příčina předchozího úmrtí dítěte, je potřeba preventivní opatření, aby se zabránilo úmrtí. Těhotná je hospitalizována v termínu porodu a je pod kontrolou. Zdravotnický personál by měl být seznámen s předchozím perinatálním úmrtím. Pokud má žena pocit snížené pohyblivosti plodu, zdravotník problém nebagatelizuje a ověří si životaschopnost plodu. V případě komplikací je vhodné těhotenství, co nejdříve ukončit, s ohledem na zdravotní stav matky a plodu, kdy zdraví ženy má přednost před plodem in utero (Hájek a kol., 2014, s. 437).

8.4 Opatření ze strany zdravotníků

Porodní asistentka se podrobně seznámí s anamnézou těhotné. V případě zjištění předchozích neúspěchů, je potřeba se seznámit se situací detailně, aby bylo možné předcházet vzniku možných komplikací. Důležitá je psychická podpora. Ženy jsou více úzkostné a mají větší obavy o své těhotenství. Mohou se vrátit zážitky z předchozích

neúspěchů, které sebou přináší pocity strachu a úzkosti. Negativní pocity je potřeba minimalizovat a popřípadě doporučit návštěvu odborníka. Ženy jsou často kontrolovány. V případě prenatalní diagnostiky jsou negativní pocity spojené s čekáním na výsledky prohloubeny. (Stadelmann, 2005, s. 260-264).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Nepříznivé psychosociální vlivy během těhotenství mají negativní dopad na matku i plod. Většina žen si neuvědomuje škodlivý účinek těchto vlivů. Mezi nepříznivé psychosociální faktory se řadí kouření, užívání alkoholu a ostatních návykových látek, nepříznivá socioekonomická situace, věk těhotné pod 20 a nad 35 let, komplikace v těhotenství a předchozí zážitky spojené s neúspěšným těhotenstvím (Ratislavová, 2007, s. 29-34).

9.1 Hlavní problém

Všechny nepříznivé vlivy přináší komplikace pro matku i dítě. Většinou se navzájem ovlivňují. Ve společnosti se zvyšuje počet žen, které mají zkušenost s negativními vlivy a je potřeba s nimi spolupracovat. Těhotné ženy a jejich blízké okolí by mělo být informované o nepříznivých faktorech, které ovlivňují těhotenství. Je potřeba, aby si společnost uvědomila, jaký dopad na vývoj dítěte dané faktory mají. Pokud se těhotná žena setká ve svém životě s nepříznivými psychosociálními vlivy, je větší pravděpodobnost, že se tyto vlivy budou objevovat v dalších generacích.

10 CÍL VÝZKUMU

Cílem praktické části práce je analýza jednotlivých nepříznivých psychosociálních vlivů u respondentky, umět vyhodnotit jejich rizika a doporučit ženě potřebná opatření k řešení situace.

Dílčí cíle

- CÍL 1: Analyzovat, jak těhotenství prožívá žena mladší 20 let.
- CÍL 2: Analyzovat pocity ženy mladší 20 let při nechtěném těhotenství.
- CÍL 3: Zjistit, jaký dopad má nepříznivá sociální a ekonomická situace na těhotenství ženy.
- CÍL 4: Zjistit přítomnost určitých rizikových faktorů jako je kouření a konzumace alkoholu během těhotenství.
- CÍL 5: Navrhnout řešení pro konkrétní kazuistiku.

Výzkumné otázky

Jak prožívá těhotenství žena mladší 20 let?

Jaké nepříznivé psychosociální vlivy ovlivňují mladé těhotné ženy?

Jaké pocity ovlivňují mladou ženu při nechtěném těhotenství?

Jaký dopad má nepříznivá sociální a ekonomická situace v těhotenství u mladých žen?

11 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu.

Kvalitativní výzkum se zabývá jednotlivci. Získáváme podrobný popis respondenta. Cílem je zjišťovat danou problematiku do hloubky. Výzkumník si vybírá respondenty dle určitých kritérií v určitém prostředí. Problematika se sleduje v přirozeném prostředí respondenta. Sběr dat a jejich analýza trvá delší časový úsek. Výzkumník si informace zaznamenává, je vhodné si poznamenat do poznámek emoce a jiné zajímavosti, které projev respondenta doprovázely. Výsledky výzkumu mohou být zkrusleny subjektivními pocity výzkumníka (Hendl, 2008, s. 49-52).

Metoda

Kvalitativní výzkum budu zkoumat metodou případové studie (case study).

Případová studie se zabývá detailně jedním nebo několika málo případy. Sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo respondentů. Umožňuje nám zachytit složitost dané problematiky (Hendl, 2008, s. 104-108).

Konkrétněji jsem se zaměřila na osobní případovou studii.

Osobní případová studie zkoumá určitou problematiku u jedné osoby. (Hendl, 2007, s. 104).

Výběr případu

Záměrně jsem si vybrala těhotnou ženu mladší 20 let, u které se objevují určité nepříznivé psychosociální faktory. Žena nechtěně otěhotněla. Na začátku těhotenství kouřila a konzumovala jednorázově velké množství alkoholu. Zajímá mě, jak žena těhotenství prožívá. Respondentka byla seznámena s účelem získaných informací, informovaný souhlas byl podepsán.

Způsob získávání informací

Sběr dat probíhal formou rozhovorů. Získaná data byla nahrávána na diktafon. Vedla jsem si i písemné poznámky. Zjištěná data jsem porovnávala s odbornou literaturou. Informovaný souhlas se nachází v příloze.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Na začátku výzkumu jsem se zabývala stanovením cílů a otázek, následně výběrem respondentky. Dále jsem si připravovala otázky k rozhovorům, setkala jsem se s respondentkou v jejím přirozeném prostředí a povídala jsem si s ní o konkrétních věcech. Získané informace jsem sepsala, porovnávala jsem získané výsledky s literaturou. Následně jsem sestavila individuální plán opatření, která by mohla pomoci situaci řešit. Cíle, které jsem si stanovila, hodnotím v závěru práce. Výzkum probíhal od října 2016 do března 2017.

13 ANALÝZA ÚDAJŮ

Rozhovor č. 1

Slečna Petra, 17 let, nechtěně otěhotněla se svým přítelem v 17 letech, studuje střední školu a bydlí s rodiči. Rozhovor proběhl ve 30. týdnu těhotenství.

V kolika letech jsi otěhotněla?

„Otěhotněla jsem v 17 letech.“

Bylo těhotenství plánované?

„Těhotenství bylo neplánované.“

Kdy máš termín porodu?

„Termín mám 13. ledna 2017.“

Jaká byla tvoje reakce, když jsi zjistila, že jsi těhotná?

„Reakce byla docela zvláštní. Byla tam se mnou mamina, šla jsem na klasickou preventivní prohlídku. Brala jsem hormonální antikoncepci, asi se mi podařilo nějakou pilulku vynechat (směje se). Maminka musela počkat v čekárně a doktor mi oznámil, že jsem v 17. týdnu těhotenství. Pak zavolal maminu zpět do ordinace. Protože mi nebylo osmnáct, musel ji zprávu o mém těhotenství oznámit. Bylo to měsíc před osmnáctými narozeninami, tak bylo potřeba podepsání souhlasu. Když jsem byla na začátku 5. měsíce, tak se s tím stejně nedalo nic dělat. Doktor informaci mamce přetlumočil. Byla mi vystavena těhotenská průkazka, a jelikož jsem byla mladá rodička, tak mě čekalo genetické vyšetření. Z náběrů krve bylo podezření na Downův syndrom. Byla jsem asi 1 z 350. rodiček, které mají zvýšené riziko Downova syndromu. Tak jsem byla odeslána na genetiku.“

Jaké si v tu chvíli prožívala pocity?

„Pocity...“

„Šťastná jsem asi byla, ale byla jsem spíš zaskočená. Pocit štěstí přišel až po tom, když jsem viděla miminko na ultrazvuku. Ze začátku to bylo jiné, měla jsem jiné plány. Je mi

teprve sedmnáct a chci si dodělat školu. Bylo zvláštní, uvědomit si, že za čtyři měsíce budu chovat miminko.“

Jaká byla reakce rodičů?

„Viděla jsem v nich pocit zklamání, tak trochu jako překvapení. Ale stejně se s tím do týdne smířili. Nic jiného jim nezbývalo. Na záchranné plány bylo pozdě, ale byli dost zaskočení. Neuměli si to představit, v jejich očích jsem stále malá holčička. Na konec se ve finále těší všichni.“

Pocívala jsi na sobě, než jsi zjistila, že jsi těhotná, nějaké změny?

„No...“

„Právě, že vůbec ne. Vtipný je, že jsem měla menstruační cyklus každý měsíc. Akorát byl kratší a méně jsem krvácela. Přišlo mi to normální. Divím se, že jsem si těhotenství dokázala udržet. Pamatuju si, že dva měsíce před tím, když jsem byla na začátku asi třetího měsíce, tak jsem byla hodně pít na kamarádovo narozeninách. A zaráží mě tedy, že tam malý zůstal. Byl to víkend, kde se točilo velké množství alkoholu. Po víkendu mi bylo špatně, tak jsem si říkala, že to bude tím alkoholem. Pak jsem zjistila, že to normální nebylo, že to byly příznaky spojené s těhotenstvím.“

Měla jsi v tu dobu nějaký vážnější vztah?

„Jo, naštěstí. Jsme s přítelem stále spolu. Je to taková ta první láska, kdy se člověk zamiluje a myslí si, že je to do konce života. Naštěstí je stále se mnou, i když zjistil, že jsem těhotná. Vztah ale už není, jaký býval.“

Jaká byla reakce partnera, když jsi mu sdělila, že jsi těhotná?

„Vzhledem k tomu, že jsme stejně starý. Vlastně je o půl roku mladší než já. Takže bych měla rodit v osmnácti, ale jemu ještě osmnáct nebude. Reakce byla z jeho strany úplně jiná. Nejdřív mi oznámil, že dítě nechce. Pak si uvědomil, že je pozdě, tak mi sdělil, že si ho teda nechám. Byl dost zaskočenej. Nevěděl, co bude dělat. Nevěděl, zda malého uživíme, nemáme vlastně nic. Moc toho ani nevíme. Šli jsme do toho po hlavě, jsme ještě hrozně mladý.“

Jaká byla reakce rodiny ze strany partnera?

„Už má jenom maminku a žije s babičkou a dědou. Reakce byla dost zvláštní. Je to mladej kluk a nikdo nevěděl, že jsme spolu tak dlouho. Spíš jsme to tak nevnímali, byli jsme spolu tři čtvrtě roku, když jsem otěhotněla. Takže vlastně jsme spolu v tu dobu byli chvíli. Jeho mamina s tím ze začátku nesouhlasila, ale postupem času se s tím smířila. Tenkrát mu řekla, že je velice zvědavá, co bude dělat, když má ještě rok do dokončení třetíáku a ve druháku se stát tátou, není úplně jednoduchý. Tenkrát ho hodně odsoudili. Byl z toho chudák tak vykuleněj, že sám nevěděl, co budeme dělat. Spíš byly spontánní reakce ze všech stran.“

Pomáhá ti rodina během těhotenství?

„Rodina z mojí strany mě podporuje, hodně se snaží. Zajímají se o miminko a výsledky vyšetření. Hodně se ptají, co se děje, a jestli je miminko a já v pořádku. Nakupují, pomáhají mi pořídit výbavu. Vlastně už koupili kočárek a postýlku. Snaží se hodně pomáhat po materiální stránce.“

Poskytují tě rodiče psychickou podporu?

„Psychická podpora mi je částečně poskytnuta. Rodiče jsou celkem mladí, chodí do práce a mají své povinnosti. Rodina ze strany partnera se k situaci postavila zády. Nevím, nechtějí si to připustit. Pořádně jsme se ani ještě neviděli. Hlavně mi pomohla moje rodina.“

Jaká byla reakce vrstevníků ve tvém okolí a reakce kamarádů?

„Dost zvláštní. Byla jsem jediná těhotná. Přišly posměšky, že jsem hloupá, že jsem si dítě nenechala vzít. Lehce se to řekne člověku, když to dítě v sobě nemá. Já jsem si po první říkala, co budu dělat, když mi to doktor řekl. Věřím na osud. Pokud má dítě přijít na svět, tak se musí narodit a být tu. Ztratila jsem dost kamarádů a jejich důvěru. Podle nich jsem holka, co se zbláznila a nechala si udělat dítě. A teď bude doma s dítětem v 17 letech. Oni si to nedokážou představit, mají jiné priority o životě. Chtějí jít studovat dále. Chovali se povýšeně.“

První trimestr sis vůbec neprožila. Jak probíhal druhý trimestr?

„První trimestr jsem si nestihla zažít, takže nevím, jaké je to mít ranní nevolnosti, za co jsem ráda. Uvítala jsem dlouhou dobu vynechání menstruace, byla to pro mě naprostá bomba, hrozně jsem si odpočinula. Jinak ve druhé trimestru jsem hodně chodila po doktorech, byla jsem na genetice na odběru vody plodové. Který jsem podstoupila ve 20. týdnu. Pokud by byl výsledek pozitivní, byla možnost ukončit těhotenství do 24. týdne. Byl to zážitek, který nikomu nepřeju. Než dostaneš výsledky, je to hrozně dlouhý. Naštěstí genetika dopadla dobře, chlapeček je zdravý. A nebolelo to, a věděla jsem mnohem dřív než na ultrazvuku, že čekám chlapečka. Takže k něčemu to bylo dobrý.“

Informoval tě lékař o tom, jak bude výkon probíhat, jaká rizika a komplikace jsou s ním spojena a jak dlouho budeš čekat na výsledky?

„Věděla jsem, že výsledky genetiky budou trvat 14 dní až 4 týdny, takže s tím jsem počítala, že to chvilku potrvá. Jediný, co jsem nevěděla, byly rizika. A nevěděla jsem, že ti píchají poloviční narkózu, to pro mě byla novinka. Umrtví ti jen břicho, neuškodí ani tobě a dítěti. Byla jsem strašně unavená. Šla jsem tam nalačno a už z toho mi bylo špatně. Nebylo mi řečeno, kdy se budu moct najíst a napít. Nevzala jsem si s sebou žádnou svačinu. Po výkonu mi řekli, že se můžu najíst a napít. To mě trochu mrzelo, že mi to nedali vědět dřív. Odcházela jsem 3 hodiny po výkonu s doprovodem maminky a pak jsem musela být 48 hodin v klidu. Po 48 hodinách jsem šla znovu na gynekologickou prohlídku.“

Jaké bylo období, když jsi čekala na výsledky amniocentézy?

„Období to bylo těžký. Jsi nervózní, myslíš na to, jestli má nebo nemá Downův syndrom. A je to takový jiný, tím že jsi v nejistotě. Ubíjí tě to, pořád sleduješ telefon, jestli tě někdo nevolá nebo jestli ti něco nepřišlo. Měla jsem pocity obavy, nejistoty a strachu. Když na to nejsi sama, tak je to fajn, protože to neprožíváš sama. Ale na tohle by byl dobrý tatínek, který v tu dobu prostě nebyl.“

Zastoupila v tomto období roli partnera rodina?

„Jo a myslím si, že hodně. Rodiče se mi snažili podpořit. Opět jsem si uvědomila, že partnera nepotřebuju. Podrží tě rodina a řekne ti, co je důležité. Důležitá je důvěra mezi tebou a rodiči.“

Jsou častější ultrazvuková a jiná vyšetření?

„Chodím častěji na ultrazvuky, které se normálně po každé nedělají. Chodím na ně každých 14 dní,. V době než byly výsledky amniocentézy, chtěli ohlídat miminko,. Byla jsem poslána na vyšetření srdečních ozev plodu na kardiologickou kliniku, vyšetření bylo v pořádku“.

Jaký byl přístup zdravotníků?

„Byl dost zvláštní. Dost často slýchávám, že dítě čeká dítě. Vlastně je to pravda, v 17 jsi pořád dítě, nepřemýšlíš tolik, co budeš dělat. Chceš se flákat po diskotékách, je to jiné. Mám svého gynekologa, který je mladý. Má ke mně jiný přístup než ostatní. Ostatní na mě koukali skrz prsty a říkali si, ta je mladá. Nechránila se a teď to má, bude mít dítě a sama by si ještě ráda užívala, to malý dopadne. Můj gynekolog byl jediný, kdo mi řekl, ať se nekoukám na ostatní, ale koukám se na sebe a na malého, protože v tuhle chvíli je to pro mě největší priorita. Lehce se to říká. Dost mi pomáhá psychicky. I když jsem měla v noci potíže, měla jsem angínu, bylo mi špatně a necítila jsem pohyby malýho, tak jsem mu v noci volala. Dorazila jsem za ním do nemocnice, zkontroloval mě a hospitalizoval. Mám k němu velkou důvěru.“

Změnil se tvůj smysl života, životní cíle?

„Moje životní cíle se změnily už v momentě, když jsem zjistila, že jsem těhotná. Byla jsem vlastně na začátku třetího ročníku a chtěla jsem dodělat školu, bylo to hodně těžký. Sám maturitní obor je šilenej. Do toho jsem měla stres z toho, co se bude dít. Jak to bude se školou, jestli budu muset skončit. Co budu dělat, až se malej narodí, jestli ho užívím, kde budu bydlet a celkově jak to bude vypadat za pár let. Místo chození na diskotéky jsem doma. Když jdu do obchodu, tak se místo oblečení a věci pro sebe, koukám na věci pro miminko. Změnilo mi to pohled na svět. Připravuji se na roli matky, čtu různé články a knížky o mateřství, dřív by mi tohle ani nenapadlo. Těhotenství hodně ovlivnilo můj život. Hlavně první ultrazvuk, na kterém vidíš, že v tobě je dítě.“

Umožnila ti škola individuální plán?

„Díky bohu. Po domluvě s paní ředitelkou mi byl umožněn individuální plán. Není to úplně běžný, ale při okolnosti těhotenství, mi to bylo umožněno. Když to bylo umožněno sportovcům na škole, tak mě taky byla udělena výjimka. Chodím do školy 2krát týdně na odpolední doučování. Není to jednoduché se během těhotenství učit na testy a doplňující zkoušky.“

Sděлил ti gynekolog informace o sociálních věcech spojených s těhotenstvím a mateřstvím?

„Mluvili jsme o tom i s gynekologem, ale mám tetu, která pracuje na úřadě sociálního zabezpečení, tak jsme se byli zeptat přímo tam. Nemám nárok na peněžitou pomoc v mateřství, ale mám nárok na příspěvek v mateřství. Sociální správa není pro maminky dobře nastavená. Nemít rodiče, tak dítě neuživím.“

Bydlíš s rodiči?

„Bydlím u rodičů. Ale plánujeme si s přítelem najít společné bydlení.“

Jak často se vídáš s přítelem?

„Dochází za mnou poslední dobou častěji. Dřív jsme se moc často nevidali, hrozně dlouho se z toho vzpamatovával. Ani já jsem předtím nevěděla, zda s ním chci být. Některé dni mi bez něho bylo líp. Neposkytuje mi podporu, kterou od něho očekávám. Byla jsem domluvena s našima, ať ho k nám nepouští. Neměl na mě dobrý psychický vliv. Nejhorší to bylo v období čekání na výsledky genetiky, byla jsem ve stresu, do toho jsem měla zkoušky ve škole. Pořád mi říkal, že neví, co chce, jestli chce dítě, jestli chce nás. Tak jsem spíš přemýšlela nad tím, že nám bez něj bude líp.“

Jaká jsi měla očekávání od partnera v období těhotenství?

„Čekala jsem podporu, že se bude těšit stejně jako já, až to vstřebá. Že se mnou bude chodit na ultrazvuky, bude se zajímat o miminko. Budeme spolu nakupovat vybavičku pro miminko a vybereme společně jméno. Očekávala jsem i určitou psychickou podporu, které se mi od něj nedostává. Dá se to zvládnout samotný, ale ten partner k tomu patří. Na dítě by měli být dva, ale když je na to jen jeden, je to těžký.“

Dává partner najevo své názory k těhotenství?

„Moc se neprojevuje. Spíše se zajímá, zda si dítě nechám po porodu. I když mu neustále říkám, že si dítě chci po porodu nechat, neustále se ptá. Teď se momentálně strání.“

Kouříš cigarety během těhotenství?

„Kouřila jsem na začátku těhotenství, ale to jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná. Pomalu jsem s kouřením přestala, nebylo to jednoduché. Trvalo mi to měsíc. Myslím si, že těhotenství, má pro kuřáky určitou výhodu, donutí je alespoň kouření omezit nebo s ním přestat úplně. Kouření mi teď neláká.“

Kolik cigaret jsi vykouřila za den?

„Vykouřila jsem 5-6 cigaret denně.“

Informovala tě porodní asistentka nebo lékař o nepříznivých vlivech kouření na miminko?

„Informovala mě porodní asistentka, která mi doporučila s kouřením přestat. Gynekolog mi doporučil koupit si těhotenská lízátka místo cigaret. Vyzkoušela jsem to párkrát, lízátka měly odpornou chuť, podle mě to vliv nemá.“

Co ti nejvíce pomohlo při odvykání kouření?

„Nejvíce mi pomohlo myslet na miminko, nechtěla jsem mu ubližovat. Kouř není pro dítě dobrý. Hodně mi pomohlo myslet na zdraví dítěte. Na druhou stranu je dobrá při stresu cigareta, která tě uklidní.“

Používala jsi nějaké podpůrné prostředky, které tě mají zbavit závislosti na cigaretách?

„Naštěstí ne, měla jsem svoji silnou vůli. Slíbila jsem sobě a malému, že přestanu. Částečně možná pomohla i těhotenská lízátka. Věděla jsem, že větší hnus než cigareta jsou těhotenská lízátka. Přestala jsem teda, jak s cigaretami, tak lízátky.“

Varoval tě někdo ze zdravotnického personálu o negativních dopadech kouření na dítě formou zastrašování?

„To ne. Ale mám kamarádku, se kterou jsem se seznámila na genetice. Sama má potíže s kouřením, vykouří prý dvacet cigaret za den. Spíš jsem se jí ptala, zda jí nevadí, jaký vliv má kouření na dítě. Kouř ti zůstane všude, usazuje se na věcech, na těle, a zapáchá po nich“

všechno. Říkala jsem jí sama, že to pro dítě není dobrý. Má prý slabou vůli, navštěvovala i odvykací centrum, ale ani tam jí nepomohli. Stále kouří, ale alespoň snížila počet na deset cigaret za den. Viděla jsem v ní odrazení od kouření. Slyšela jsem od některých doktorů, že dítě může být závislé na kouření v pozdějším věku.“

Konzumuješ během těhotenství nějaký alkohol?

„Alkohol nekonzumuji, naposledy jsem pila na oslavě kamaráda, ale to jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná. Když jsem to zjistila, měla jsem velké výčitky. Od té doby abstinuji, nechci ublížit miminku.“

Jak se připravuješ na mateřství?

„Dostala jsem knížku od našich, kde je příprava na porod, co potřebuješ do porodnice a co máš mít doma nakoupený a připravený. Pak co je pro dítě dobrý a co ne. Internet je zdrojem mnoha informací, který je pro mě hlavní zdroj. Čtu plno informací, hlavně o problémech při porodu. V době čekání na výsledky genetiky, jsem hledala informace o tom, jaké mohou nastat problémy, když genetika dopadne špatně. Tehdy jsem si myslela, že porodím postižené dítě, ale už tenkrát jsem věděla, že bych ho pryč nedala, i kdyby měl Downův syndrom. Nechala bych si ho, protože to dítě za to nemůže.“

Vyskytly se v těhotenství nějaké komplikace?

„Mám potíže s otoky. Když jsem celý den v pohybu, rychle mi otečou nohy. Hodně se mi motala hlava, protože jsem málo pila. Beru Magne B6 na podporu železa, užívám těhotenské vitamíny. Stres mi vytváří určitou bariéru, když se moc soustředím na ostatní věci a ne na dítě. Myslíš vlastně za dva a ne jen za sebe, tak jsem byla ve stresu. Už jsem asi dvakrát omdlela, v čekárně při čekání na prenatální poradnu. Byl tam hrozně vydýchaný vzduch. Jiný potíže nemám. Vadí mi otoky, protože si nemohu ani obout boty, jak mám oteklé nohy.“

Navštěvovala jsi kurz předporodní přípravy?

„Chtěla jsem na kurz chodit. Čekala jsem do 22. týdne na výsledky genetiky, tak mi to na kurzy přišlo už pozdě. Takže žádný nenavštěvuji. Mám kurz od svojí mamky a babičky. Myslím si, že je to mnohem lepší kurz než skupinové lekce. Babičky ví, co se má, jak dělat.“

Radši zůstávám u babských rad a knížek. Babičky, které vychovaly několik dětí, mají cenné zkušenosti. Nevím, co učí na kurzech, ale mám pocit, že mě doma učí všechno. Koupili jsme vaničku a miminko, co se dá koupat. Pak mě mamka naučila správně držet miminko a babička mě momentálně učí určité triky na kojení. Tak doufám, že do porodnice půjdu připravená.“

Děkuji za poskytnutí rozhovoru.

Diskuze k rozhovoru č. 1

Rozhovor byl pořízen ve 30. týdnu těhotenství v přirozeném prostředí respondentky. Respondentka byla již zletilá. Bydlí s rodiči ve vyhovujících sociálních podmínkách. Studuje na střední škole maturitní obor, který ji umožnila individuální plán studia.

Respondentka Petra nechtěně otěhotněla s přítelem v době, kdy užívala hormonální antikoncepci. Těhotenství bylo zachyceno v 17. týdnu při preventivní prohlídce. V době, kdy zjistila, že je těhotná, měla měsíc do osmnáctých narozenin. Na kontrole s ní byla přítomná maminka. Lékař sdělil zprávu Petře v soukromí, pak teprve ji sdělil její mamince. Petra byla zaskočena stejně jako její maminka. Na ukončení těhotenství bylo již pozdě, takže se Petra a její rodiče s těhotenstvím postupně smířili. Partner Petry se s jejím těhotenstvím nesmířil, jeho reakce podle Petry byla zvláštní. Přál si, aby si dítě nechala vzít, ale v momentě, kdy zjistil, že to není možné, začal se situace stranit. Partner těhotné Petry je ještě nezletilý. Jeho rodina nebyla ochotna tuto situaci přijmout, nestýkají se.

Výsledky prenatalního screeningu nedopadly dobře. Bylo zachyceno zvýšené riziko Downova syndromu. Bylo doporučeno další vyšetření. Ve 20. týdnu podstoupila Petra odběr vody plodové, který vyšel negativní. S tímto výkonem prožívala pocity strachu a obavy o zdraví miminka. Na stranu druhou zjistila, že čeká zdravého chlapečka. Uvažovala i o možnosti, že dítě bude postižené. I kdyby bylo postižené, nechala by si ho.”

Petra má spíše materiální podporu ze strany rodičů. Psychickou podporu jí poskytl její gynekolog, který věnoval dostatečnou pozornost její psychice. Partner jí neposkytuje žádnou psychickou podporu, spíše ji rozrušuje. Je jí lépe bez něho.

Okolí a její vrstevníci reagovali na její těhotenství formou zesměšňování. Setkala se s názory, že je hloupá, že si pořídila dítě v jejích letech. Samotnou Petru to velice trápilo, ztratila důvěru ve své přátele, přišla o ně a byla nucena se izolovat od spolužáků.

Rodina jí pomáhala spíše po materiální stránce, ale snášela se i po stránce psychické. Rodiče Petry jsou hodně zaměstnaní, zbývá jim málo volného času, který ale z části věnují těhotné dceři. Připravují domov na příchod miminka a pomáhají jí s pořizováním vybavičky pro malého.

Petra nenavštěvuje kurz předporodní přípravy, podle ní je nejlepší kurz od babiček a maminek, které mají bohaté zkušenosti s péčí o dítě. Babička jí věnuje hodně času s přípravou na mateřství a kojení. Maminka jí učí péči o miminko po praktické stránce, učí jí koupat a držet miminko. Petra získává i informace z knížek a internetu, zajímá se aktivně o své těhotenství.

Na začátku těhotenství kouřila, ale to bylo v době, kdy o těhotenství ještě nevěděla. Nepocítovala na sobě žádné změny spojené s těhotenstvím. Kouřila 5-6 cigaret denně, přestala po měsíci, když zjistila, že je těhotná. Pomohla jí silná vůle a informace o negativním vlivu kouření na dítě, chtěla mít zdravé dítě. Od kouření ji odpudila kamarádka, se kterou se seznámila na genetice, která kouřila až 20 cigaret denně a i přes návštěvy odvykacího centra se jí nepodařilo s kouřením přestat.

Na začátku těhotenství byla Petra na oslavě kamarádovo narozenin, kde se hodně pilo celý víkend. V té době ještě nevěděla, že je těhotná. V momentě, kdy to zjistila, si uvědomila, že byla pod vlivem alkoholu již v době těhotenství, vylekala se. Zároveň se divila, že nepotratila. Bála se, že mohla malému ublížit. Jinak v těhotenství alkohol nekonsumovala.

Střední škola, kterou navštěvuje, jí umožnila individuální plán studia. Dochází do školy dvakrát týdně na odpolední vyučování. Dělá doplňující zkoušky. Učení je pro ni náročnější, ale zatím to zvládá.

O sociálních věcech ji informoval gynekolog a její teta, která pracuje na úřadu sociálního zabezpečení. Nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství, ale má alespoň nárok na porodné a příspěvek na dítě. Partner se snaží alespoň trochu finančně přispívat.

Dospěla jsem k závěru, že se Petra snaží chovat zodpovědně. Je vděčná za pomoc rodičů, kterou jí poskytují. Má určitá očekávání od partnera, která se jí nedostávají. Po psychické stránce ji partner nepomáhá, je jí to líto. Psychickou podporu ze strany jejího gynekologa velice ocenila, hodně jí pomohl. Chystá se na příchod miminka a snaží se zapojit více do chodu domácnosti. Prostředí, ve kterém Petra žije, působí harmonicky, vypadá útulně a je zde dostatek prostoru pro miminko. Po finanční stránce je rodina zajištěna, ale více financí by uvítala, aby zajistila určitý komfort pro miminko.

Rozhovor č. 2

Rozhor v předporodním období (37. týden). V tomto období Petra má doplňující zkoušky dokončené. Odpočívá.

Jak se cítíš?

„Cítím se celkem dobře, ale už je to dlouhé. Ráda bych už porodila. Bolí mě záda a pořád chodím na záchod. Začíná mě to unavovat, už aby vylezl malý ven.“

Došlo k nějakým změnám v souvislosti s otoky, které tě trápily?

„Mám pocit, že ano. Zmírnily se, snažím se méně namáhat při chůzi, při odpočinku nechávám nohy zvednuté nahore. Což mi pomáhá, takže se snažím více odpočívat.“

Objevily se ještě jiné potíže?

„Díky bohu, ne. Bolest zad se dá nějak přežít, ale není příjemná. Pomáhá mi masáž zad, kterou mi pravidelně každý večer dělá mamka. Je zlatá.“

Připravuješ se nějak na porod?

„Mám načtené články o porodu. Bojím se, zda porod zvládnu. Nejvíc se děsím porodních bolestí. Ale na druhou stranu porodit musím.“

Budeš chtít nějaký doprovod k porodu?

„Chtěla bych mít u porodu partnera, ale on tam být nechce. Vlastně by mi ani moc nepomohl, nedostalo se mi od něj žádné psychické podpory. Bojím se, že bych ho úplně od malého odradila. Zvažuji, ale přítomnost mamky u porodu, přála by si být u narození vnuka.“

Změnil se nějak přístup partnera?

„Jeho přístup se trochu změnil. Vidáme se častěji a zajímá se o dítě. Hledá pro nás společné bydlení.“

Jak vnímáš jeho přístup ty?

„Obávám se společného bydlení s ním. Spíš jak to budeme zvládat po finanční stránce. Podle mě si samostatné bydlení nemůžeme ještě dovolit, přítel nemá stabilní příjem. Bydlení s rodiči alespoň pár měsíců po porodu by podle mě bylo lepší, budou mi pomáhat s péčí o dítě. Hlavně jsou moje jistota. Mám ho ráda, ale jak se zachoval na začátku těhotenství, mi od něho trochu odradilo. Musím to promyslet.“

Změnil se nějak přístup jeho rodiny?

„S jeho rodinou se nevidám, nemluvila jsem s nimi. Celkově k nim nemám dobrý vztah.“

Zapojuje se partner po finanční stránce?

„Snaží se mi nějak pomoci finančně, peníze, co mi přispívá na miminko, si dávám stranou, abych měla alespoň nějakou finanční rezervu. Není to nic moc, ale alespoň něco.“

Jak na situaci spojenou s rodinou partnera reagují nyní rodiče?

„Rodiče k rodině přítele nemají dobrý vztah, vadí jim jejich přístup.“

Jak připravuješ domácí prostředí na příchod miminka?

„Všechny věci mám již nachystané. S pomocí rodičů jsme připravili můj pokoj pro malého, kde má své zázemí. Výbavičku mám kompletní, kočárek a postýlku mám. Jsem vděčná za pomoc rodičů, kdybych je neměla, nebyla bych schopná se o dítě postarat.“

Máš nachystané věci do porodnice?

„Věci do porodnice mám taky nachystané. Z knížek a internetu jsem si zjistila, co potřebuji a věci jsem si postupně nachystala, kdyby bylo potřeba. Raději mám nachystané věci předem.“

Byla jsi poučena o tom, kdy máš přijet do porodnice od svého gynekologa?

„Byla jsem informována, že v případě odtoku vody plodové nebo začátku pravidelných kontrakcí se mám, co nejdříve dostavit do porodnice. Kdybych nějak krvácela nebo nastaly nějaké komplikace, mám ihned vyhledat doktora.“

Už víš, kde budeš rodit?

„Porodnici mám již vybranou. Pokud to bude možné, chtěla bych родit v nemocnici, kde pracuje můj gynekolog. Jsem s ním domluvená, že pokud bude přítomen, bude u porodu.“

Děkuji za poskytnutí rozhovoru.

Diskuze k rozhovoru č. 2

Rozhovor byl pořízen ve 37. týdnu těhotenství. Petra se připravuje na porod. Doplňující zkoušky má pro zatím hotové. Snaží se odpočívat a nachystat poslední věci na miminko.

Petra se cítí unaveně, těhotenství je pro ni dlouhé, chtěla by už porodit. Trápí ji bolesti zad, na které ji pomáhají masáže. Má potíže s otoky, na které ji pomáhá zvýšená poloha nohou při odpočinku. Jinak nepocítuje jiné potíže.

Připravuje se na porod tím, že čte různé články. Pocítuje strach z porodu, bojí se, zda ho zvládne. K porodu by si přála doprovod partnera, který ho odmítá. Na konec si uvědomila, že to bude bez něho lepší. Její maminka si přeje být u porodu svého vnuka.

Přístup partnera se nějak nezměnil, občas se vídají. Neustále se ptá, zda si Petra dítě po porodu ponechá. Petra si chce dítě nechat a musí o tom opakovaně ujišťovat partnera. Přístup jeho rodiny je stále stejný. Partner se snaží alespoň přispívat po finanční stránce. Navrhl Petře, že by si spolu mohli najít společné bydlení. Není si jistá, přišla by o jistotu, kterou jí poskytují rodiče, a není si jistá, zda chce s partnerem stále být, je jí bez něho lépe.

Domov je nachystaný pro příchod miminka. Petra mi ukazovala věci, které má pro malého nachystané, postýlku, kočárek a další potřebné věci. Tašku do porodnice má již nachystanou.

Petra bude родit v nemocnici, kde pracuje její gynekolog. Je poučena o tom, kdy má přijet do porodnice. Prostředí, kde bude porod probíhat, navštívila a byla s ním spokojena.

Dospěla jsem k závěru, že je Petra nachystaná na příchod miminka, ale je potřeba pracovat s obavami a strachem, které jsou spojeny s porodem. Role partnera se opět prokázala nedostatečná, jeho přístup zůstal nezměněn. Na Petře je vidět zklamání. Na druhou stranu se umocnil její vztah s maminkou.

Rozhovor č. 3

Rozvor byl proveden po porodu v průběhu šestinedělí. Petra porodila syna 19. ledna 2017, porod byl indukovaný.

Jaký máš prožitek z porodu?

„Malý se narodil šest dní po termínu porodu, přenášela jsem. Museli mi porod vyvolat. Chodila jsem na kontroly a doktor mi uklidňoval, že je malý v pořádku. Porod mi vyvolali šestý den po termínu. Nastoupila jsem do nemocnice ráno 19. 1. 2017 nalačno kvůli náběrům krve. Pak mi natočili monitor a dostala jsem první tabletku Prostinu, která mi nezabrala. Tak jsem dostala za dvě hodiny druhou a za další dvě hodiny třetí. Třetí pilulka mi zabrala. Porod se rozjel pozdě odpoledne, kdy jsem na sobě začala pociťovat nepříjemné bolesti v podbřišku. Pak už byla bolest intenzivnější. Bolelo to tak, že jsem na konec potřebovala něco na bolest, dostala jsem nějaké injekce a infuze. Trvalo to dlouho, malý se narodil ve 23:58.“

Jaké máš pocity z porodu?

„Cítila jsem se unavená, hrozně to bolelo a nic mi na bolest nepomáhalo. Mamka byla se mnou u porodu jako doprovod, díky ní jsem to zvládala o něco lépe, ale byla jsem na ni chvílemi celkem nepříjemná. Vlastně jsem byla ráda, že tam se mnou byla, ale v tu chvíli jsem jí to nedávala najevo. Pocit jistoty mi také dodal můj gynekolog, který mě odrodil. V průběhu porodu za mnou vždy přišel, zkontroloval mě a uklidňoval mě, že to zvládnu. Jsem za jeho podporu vděčná.“

Jaký byl přístup ostatních zdravotníků?

„Sestřičky byly hodné, snažily se mi pomáhat trochu ulevit od bolesti. Měla jsem pak už u sebe jenom jednu sestřičku, která se o mě starala a trávila se mnou spoustu času, cítila jsem se lépe v její přítomnosti. Bála jsem se, že to nezvládnu, ale díky sestřičce, která mi uklidňovala, jsem to na konec zvládla.“

Jaký to byl pocit, když se malý narodil?

„Bylo to zvláštní, najednou pocit bolesti ustal a byla jsem z malého udivená. Byl tak krásný. Hned jak se narodil, mi ho pan doktor položil na břicho. Prohlížela jsem si ho a byla jsem s ním v blízkém kontaktu. Ten pocit mě naplňoval. Po pár minutách si malého vzali dětské sestřičky k ošetření a tak jsem měla chvíli se z toho vzpamatovat. Po ošetření mi malého přinesli a zkusili jsme přiložit.“

Jaká byla reakce maminky?

„Maminka se rozplakala v momentě, kdy se malý narodil. A byla nejednou šťastná.“

Jak reagoval partner, když jsi mu oznámila, že je malý na světě?

„Byl zaražený, řekl, že se za mnou staví ráno. Spíš moc nekomunikoval. Přišel druhý den na návštěvu. Když uviděl malého, usmál se a choval si ho. Ptal se, jaký to bylo. Pak chodil na návštěvy každý den po celou dobu, co jsem byla na šestinedělí. Pohlídal na chvíli malého, abych si mohla odpočinout.“

Navštívila tě v porodnici rodina partnera?

„Nenavštívila, jen mi volali. Byla jsem ráda, nechtěla jsem je vidět.“

Jaký byl přístup ošetřujícího personálu na šestinedělí?

„Byla jsem pro ně mladá rodička, která podle sestřiček bude nezkušená. Ale v momentě, kdy zjistily, že se zajímám o péči o miminko, přístup se změnil. Vše jsem ze začátku dělala pod jejich dohledem, ale pak už mě daly trochu více prostoru, aby se o malého starala sama. Nejvíce mi pomohla sestřička, která mě učila správně kojit. Sestřičky byly pak hodné a nabízely mi i možnost, že mi malého pohlídají, abych si odpočinula.“

Jak proběhl přechod do domácího prostředí?

„Bylo to těžké. Byla jsem propuštěna po pěti dnech z porodnice. Mamka se mnou byla první týden doma, pomáhala mě. Hlíдалa malého, abych si mohla odpočinout nebo něco zařídit. Byla jsem nervózní, když jsem byla bez malého, bála jsem se o něj. Děsilo mě, když se vrátili z procházky o pár minut déle. Zapojil se i tatka, který malého bral na procházku a když brečel, tak ho choval. Malý v noci spal dobře, budil se jen na kojení, tak jsem se aspoň trochu vyspala. Hodně mi pomohli rodiče.“

Zapojil se partner do péče o malého, když jsi byla už doma?

„Párkrát nás navštívil, ale zdržel se jen chvíli a pak šel. Začal pracovat na poloviční úvazek a ještě při tom chodí do školy, nemá moc času. Ale alespoň se trochu snaží po finanční stránce.“

Kojíš?

„Kojím a jsem za to vděčná. Zjistila jsem, že při kojení jsem s malým v kontaktu více, a užívám si to. Malý krásně pije a přibývá.“

Vyhledáváš aktivně kontakt s miminkem?

„Řekla bych, že ano. Povídáme si spolu, hladím ho, chovám ho často. Kontakt s ním mě naplňuje pocitem štěstí. Nedokážu už si představit život bez něho.“

Nastala nějaká krize po porodu?

„Nastala krize třetí den po porodu, kdy jsem byla hrozně unavené. Najednou zmizel pocit štěstí spojený s narozením malého. Měla jsem pocit, že to nezvládnou. Sestřička mi vysvětlila, že je to normální. Potřebovala jsem si trochu odpočinout. Situace se zlepšila po pár dnech, kdy se mi vrátil pocit jistoty. Pomohla mi i mamka, která mi s péčí o malého pomohla nejvíce.“

Jak vnímáš změny spojené s porodem a šestinedělím?

„Změn bylo hodně. Hlavní změna, byla přijmout fakt, že už je malý na světě a bude potřebovat mojí péči. Postupně jsem se na něj musela naladit a zvyknout si na jeho potřeby. Trvalo to delší dobu. Pak se mění i mé tělo, je to divný, když zjistíš, že už to nikdy nebude jako před porodem. Po porodu mi zůstalo pár kilo navíc, ale zatím to nějak neřeším. Prioritou je pro mě malý.“

Diskuze k rozhovoru č. 3

Rozhovor byl proveden v domácím prostředí v době šestinedělí. Petra otevřeně hovořila o porodu a průběhu šestinedělí. Dávala najevo své emoce.

Petra porodila 19. 1. 2017 ve 23:58 zdravého syna. Přenášela, termín porodu měla 13. 1. 2017. Porod byl indukovaný. Petra prožívala silné bolesti, které byly tlumeny pomocí farmakologických metod. Doprovod při porodu jí dělala maminka, která Petře poskytla podporu. Petra si zpětně uvědomila, že na ni byla ošklivá. Lituje toho, je jí vděčná za její podporu. Psychickou podporu jí při porodu poskytl i její gynekolog a porodní asistentka, která ji provázela porodem. Její gynekolog jí chodil pravidelně v průběhu porodu navštěvovat a porod vedl. Ihned po porodu byl umožněn kontakt s miminkem. Děťátko bylo po ošetření přiloženo k prsu, kdy se přisálo.

Partner na sdělení, že je syn na světě, zrovna nadšeně nereagoval. Přišel se podívat na návštěvu druhý den po porodu. Při první návštěvě byl vidět úsměv na tváři, pochoval si miminko a zeptal se na zážitky z porodu. Pak chodil po dobu hospitalizace každý den na návštěvu. Snažil se Petře trochu pomoci s péčí o malého. Rodina partnera se na návštěvu ani nezastavila.

Dětské sestry ze začátku pomáhaly s péčí o dítě. Později, když zjistily, že Petra schopná starat se samostatně, daly jí prostor. Ze začátku ji považovaly za nezodpovědnou matku, která není schopná reagovat na potřeby dítěte. Hospitalizace na šestinedělí trvala pět dní.

Přechod do domácího prostředí byl pro Petru náročný. První týden s ní doma byla maminka, která ji hodně pomohla. Plně kojí, malý v noci spí, takže si alespoň trochu odpočine. Její maminka se snaží malého občas pohlídat, aby si mohla zařídit potřebné věci. Do péče se zapojil i její tatínek, který chodí s malým na procházky a chová ho, když brečí.

Petra pocítuje strach, když je malý s někým jiným. Potřebuje neustále pocít kontroly, že je v pořádku.

Partner začal pracovat na poloviční úvazek při škole, snaží se více přispívat. Občas dochází na návštěvu k Petře domů. Stále uvažuje o možnosti společného bydlení.

Krise proběhal třetí den po porodu, kdy na Petru padlo vyčerpání, cítila pocit zklamání, že dostatečně nezvládá roli matky. Pomohly jí dětské sestřičky, které ji ujistily, že je to normální. Postupně se situace vylepšila, Petra si potřebovala odpočinout.

Závěrem bych chtěla dodat, že Petra je schopná se postarat o miminko sama, dostatečně reaguje na jeho potřeby. Snaží se být neustále k dispozici malému. Je vidět silné pouto mezi ní a jejím dítětem. Roli partnera zastupují rodiče, kteří se aktivně zapojili do péče o vnuka. Zároveň dávají Petře dostatek prostoru, aby se snažila pečovat o malého více samostatně.

14 DISKUZE

Z rozhovorů vyplynulo, že mladé ženy mají jiný systém hodnot oproti ženám, které již jsou z psychického hlediska vyspělé. Na jednu stranu chtějí být matkami, ale uvědomují si, že vrstevníci si mohou užívat života, zatímco ony prožívají mnoho změn spojených s těhotenstvím. Je to pro ně určité omezení. Mohou prožívat ambivalentní pocity. V případě Petry to bylo podobné. Na jednu stranu chtěla být matkou, ale uvědomila si, že nebude moci chodit na diskotéky se svými vrstevníky. Musela změnit svůj hodnotový žebříček.

Ratislavová udává, že těhotné mladší 20 let nemají ustálený žebříček hodnot, nejsou schopny uvažovat dospěle a adekvátně vnímat realitu (Ratislavová, 2008, s. 29).

Hofmannová udává ve své bakalářské práci, že ženy, které otěhotní ve věku mladším 20 let, mají těhotenství spojené se stresem, který vede k negativním postojům. Oznámení situace rodičům je pro mladou dívku po psychické stránce velice náročné. Mají obavy, jak situaci rodiče přijmou. Jejich podpora je důležitá, bez ní by mladé dívky těžko situaci zvládaly (Hofmannová, 2013, s. 16).

V případě Petry se jednalo o obdobnou situaci, ale negativní postoj ze strany rodičů nebyl výrazný, byli schopni přijmout těhotenství jejich dcery. To vše ovlivnil fakt, že na ukončení těhotenství bylo již pozdě.

Skutilová ve své knize udává, že strach je pro nás do určité míry prospěšný. Strach vztahující se k výsledku vyšetření se může snadno přeměnit na hněv, hlavně v případě, kdy se situace stává neřešitelnou (Skutilová, 2016, s. 86).

Ale v případě Petry nedošlo k přeměně strachu na pocit hněvu. Výsledky odběru vody plodové byly v pořádku a pocit strachu odezněl.

Hofmannová ve své práci dále píše, že vztah budoucí matky a otce není dostatečně zralý, aby byli schopni přijmout zodpovědnost spojenou s narozením dítěte (Hofmannová, 2013, s. 17).

Z rozhovoru vyplynulo, že v případě Petry a jejího partnera, byla situace totožná.

Hofmannová uvádí, že adolescenti mají zkreslené pocity spojené s těhotenstvím a mateřstvím. S povinnostmi, které jsou s dítětem spojeny, dochází k vlastnímu omezení. Jedinec se brání pomocí obranných mechanismů, mezi které se řadí agrese vůči partnerovi nebo únik od situace (Hofmannová, 2013, s. 18).

Partner těhotné, který je nezletilý, zvolil cestu úniku. Nechal Petru na celou situaci samotnou, což na ni mělo negativní psychický dopad. Roli partnera zastoupila z velké části její rodina.

Karpíšková ve své bakalářské práci uvádí, že dívka, která zjistí, že je těhotná, má najednou změněné úvahy o budoucnosti. Je to pro ni těžká situace, která změní její životní směr. Je nucena se rozhodnout, zda si dítě ponechá nebo těhotenství ukončí (Karpíšková, 2016, s. 27).

Ženy, které otěhotní během školy, si žádají o individuální plán studia, aby mohly dostudovat. Uvědomují si, že studium během těhotenství a mateřství je náročné.

V případě respondentky Petry, kdy bylo těhotenství zachyceno v 17. týdnu, byla možnost ukončení těhotenství již vyloučena. Interrupci by nepovažovala za řešení situace, dítě by si ponechala.

Nešpor udává, že je vhodné v souvislosti s kouřením apelovat na blaho dítěte, ideální je to v prvním trimestru, kdy většina žen věnuje dostatečnou pozornost informaci ze strany lékaře (Nešpor a kol., 2011, s. 342).

V případě Petry byla tato metoda řešení situace efektivní. S kouřením Petra přestala do měsíce po zjištění těhotenství, kdy hlavní věc, která ji k tomu vedla, bylo nepoškodit zdraví miminka. Její gynekolog využil metodu, kdy apeloval na blaho dítěte. Petra pak zjistila i z různých článků na internetu negativní dopad kouření na dítě a uvědomila si, že je vhodné s kouřením přestat. Určitý vliv byl i ze strany kamarádky, která měla problém s abstinencí nikotinu, i když prošla odvykací léčbou.

Buchtová ve své bakalářské práci udává, že strach z porodu u mladých dívek bývá velmi častý, matka vnímá bolesti spojené s porodem negativně. Je to způsobené nedostatečnou

psychickou vyžralostí mladé těhotné pod 20 let, která si plně neuvědomuje fakt bolesti, který je spojen s porodem dítěte (Buchtová, 2016, s. 23).

Mander udává ve své knize, že porod je radostná událost spojená s určitým stupněm emocionální bolesti. Záleží na tom, jak matka bolest vnímá a reaguje na ni. Každá rodička má individuální práh bolesti, na který je potřeba brát ohled a včas zasáhnout, aby se bolest nestala nesnesitelnou a neměla negativní dopad na prožitek z porodu (Mander, 2014, s. 57-58).

Petra měla obavy z porodu, prožívala pocity strachu. Bylo u ní potřeba poskytnout psychickou podporu, která ji částečně dodala pocit jistoty. Důležitou roli hrála porodní asistentka, která ji porodem provázela, dodala ji pocit jistoty a naučila ji poslouchat své tělo.

Stískalová udává, že společnost od budoucího otce očekává sebejisté chování, kterým poskytne partnerce oporu. Dále ženy očekávají od svého partnera porozumění, jistotu a něhu (Stískalová, 2014, s. 22).

Petra měla od partnera stejná očekávání, kterých se jí nedostalo. Vedlo to u ní k pocitu zklamání. Došlo k narušení psychiky spojené s nedostatečnou oporou ze strany partnera, který situaci nějak neřešil.

Karpíšková udává v praktické části své bakalářské práce respondentku, která otěhotněla v 17 letech. Pochází z bezproblémové rodiny. Těhotenství nebylo plánované, ale přesto se rozhodla, že si dítě ponechá. Jinou možnost již neměla. Rodiče ji podporovali a přáli si, aby dokončila školu. Získala možnost individuálního studijního plánu, ale nekomplikovaný průběh těhotenství ji umožnil navštěvovat školu každý den (Karpíšková, 2016, s. 42-43).

Ale v případě Petry, byl zvolen individuální plán studia, kdy chodila dvakrát týdně na odpolední výuku. Po určitém období se konaly dopňující zkoušky. Studium během těhotenství pro ni bylo náročné.

Z praktické části vyplynulo, jaké pocity zažívá mladá žena během těhotenství, která nechtěna otěhotněla. Byl zjištěn dopad těhotenství na její rodinu, partnera a vrstevníky v jejím okolí. Situaci byla sledována dlouhodobě, s cílem zaznamenat její vývoj. Dalším

cílem praktické části práce bylo poskytnutí vhodných doporučení v rámci řešení této problematiky, která jsem neposkytovala v takové míře, ve které jsem chtěla. Těhotná se zachovala zodpovědně, uposlechla doporučení lékaře.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na nepříznivé vlivy během těhotenství, které mají negativní dopad na matku i plod. Jedná se o kouření, alkohol, návykové látky, věk rodičky (mladší 20 let a starší 35 let), nepříznivou socioekonomickou situaci, komplikace a předchozí neúspěchy spojené s těhotenstvím, které mají dopad hlavně na psychickou stránku jedince.

Těhotenství je pro ženu náročná životní situace, která má hlavně dopad na psychickou stránku těhotné. Psychika, která je zatížena nepříznivými vlivy, těhotnou ženu zatěžuje ještě více. Proto je důležité umět je rozpoznat, znát jejich dopad na matku a plod, a hlavně umět spolupracovat s těhotnou, tak abychom minimalizovali rizika s nimi spojená.

Teoretická část je zaměřena na jednotlivé nepříznivé vlivy, u kterých byl zkoumán jejich vliv na plod, pozdější vývoj dítěte, psychický dopad na těhotnou ženu a její rodinu. Důležitou součástí jsou i opatření, která poskytuje porodní asistentka ve spolupráci s lékařem či jinými odborníky. Cílem teoretické části bylo shrnout poznatky o jednotlivých nepříznivých vlivech, tak aby byl vytvořen jejich ucelený přehled.

Praktická část je zaměřena na těhotnou ženu mladší 20 let, která nechtěně otěhotněla. Vyskytl se u ní problém s kouřením, bylo podezření na Downův syndrom u plodu. Na začátku těhotenství byl plod vystaven jednorázovému účinku alkoholu, protože žena nevěděla, že je těhotná, jinak by alkohol nekonzumovala. Její partner se od této situace distancoval společně s jeho rodinou. Rodina mladé těhotné přijala její těhotenství a snažila se na příchod miminka nachystat.

Domnívala jsem se, že mladé dívky budou k těhotenství přistupovat negativně, ale respondentka Petra se k situaci postavila odhodlaně. Důležitou roli hrála její rodina, která jí pomáhala situaci zvládnout, snažila se jí na změny s těhotenstvím a mateřstvím připravit, pomohla jí zajistit sociální zázemí. Nahradili roli partnera.

Z praktické části vyplynulo, že nechtěné těhotenství u žen mladších 20 let je spojeno s pocity obavy a strachu. Těhotné se obávají reakce rodičů, role mateřství a výchovy dítěte. Je důležitá psychická podpora, která jim dodává částečně pocit jistoty. Downův syndrom u plodu byl vyloučen na základě odběru vody plodové. Přístup partnera se nezměnil. Pro respondentku byla hlavní podpora ze strany rodičů a jejího gynekologa. S kouřením Petra

přestala měsíc po zjištění těhotenství. Nedošlo k poškození plodu vlivem alkoholu. Narodil se jí zdravý syn, který je pro ni prioritou. Je schopna se o své dítě postarat samostatně s finanční podporou ze strany rodičů. Stala se zodpovědnou mladou maminkou, která by mohla být pro ostatní ukázkovým případem.

Díky praktické části práce, jsem získala nové poznatky a zkušenosti. Mohla jsem spolupracovat s mladou těhotnou, která patří do určité rizikové skupiny těhotných. A získala jsem možnost ověřit si teoretické znalosti v praxi.

ZDROJE

TIŠTĚNÁ LITERATURA

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024753614.
2. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619071.
3. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 9788020425188.
4. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 9788024740331.
5. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 9788073686116.
6. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024704188.
7. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674854.
9. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024743615.
10. MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 9788073878108.
11. MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 9788070135006.
12. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 9788024616001.
13. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě (DharmaGaia). ISBN 9788074360145.

14. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626533.
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 9788025421864.
16. ROHDE, Anke, Almut DORN a MIT EINEM GELEITW. VON DIETER KREBS. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch ; mit 52 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer, 2007. ISBN 9783794524600.
17. SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024754697.
18. STADELMANN, Ingeborg. *Die Hebammen-Sprechstunde: einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen*. Ermengerst: Stadelmann, 2005. ISBN 9783980376068.
19. VACHEK, Jan, Vladimír TESAŘ, Oskar ZAKIJANOV a Kateřina MAXOVÁ. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení*. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2016. Moderní farmakoterapie. ISBN 9788073454975.
20. VAŠUT, Karel. *Léčiva v těhotenství: [vliv léků a vitamínů na zdravý vývoj plodu]*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 9788025114520.
21. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 8072548298.

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

1. BURDEN, Matthew J. et al. An Event-Related Potential Study of Response Inhibition in ADHD With and Without Prenatal Alcohol Exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 2010, (34), 617 – 627 [cit. 2017-03-29]. DOI: DOI: 10.1111/j.1530-0277.2009.01130.x. ISSN 1530-0277. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2009.01130.x/full>

2. BUCHTOVÁ, Kristýna. *Těhotenství středoškolaček* [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/asymkb/>>. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání. Vedoucí práce Mgr. Lenka Krajčíková.
3. KARPÍŠKOVÁ, Renata. *Těhotenství středoškolaček* [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/osopeg/>>. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání. Vedoucí práce Mgr. Lenka Krajčíková.
4. HOFMANNOVÁ, Veronika. *Psychologické aspekty těhotenství a rodičovství mladistvých matek* [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/wsz4bu/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
5. HOLCOVÁ, Soňa. *Návykové látky v těhotenství* [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/lkgdz9/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Jana Holmanová, DiS.
6. HOŠKOVÁ, Jana. *ADHD nebo skrytý Fas. Pracujeme se správnou diagnózou?*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 60 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/13134>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií. Vedoucí práce Tkáč, Juraj.
7. NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. Časopis lékařů českých. 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN 0008-7335.
8. NEVIN, Alexandra C. *Fetální alkoholový syndrom: kanadský průzkum*. Medicína [online]. 2002, 9.(4), 21 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0402/med0436.html>
9. NOVOTNÝ, Jan Sebastian a Zdeněk NOVOTNÝ. *Současné trendy v diagnostice Fetálního alkoholového syndromu*. Česko - Slovenská Pediatrie, Praha: ČLS JEP, 2009, roč. 64, č. 5. ISSN 0069-2328.
10. SCHMIDTOVÁ, Jana. *Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD)*. Adiktologie [online]. 2007, , 352 – 365 [cit. 2017-03-30].

ISSN 1213-3841. Dostupné z: [http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/241/1189/
Fetalni-alkoholovy-syndrom-FAS-a-spektrum-vrozenych-alkoholovych-poruch-FASD-](http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/241/1189/Fetalni-alkoholovy-syndrom-FAS-a-spektrum-vrozenych-alkoholovych-poruch-FASD-)

11. STÍSKALOVÁ, Věra. *Stavy psychiky žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/l8jw6h/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Radka Kozáková.

12. *Fetal alcohol syndrome*. In: Quit alcohol [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/images/FAS%20Facefini.jpg>

SEZNAM ZKRATEK

ARBD – Novorozenecká funkční porucha spojená s konzumací alkoholu (Alcohol-related birth defects)

ARND – Porucha nervového vývoje spojená s konzumací alkoholu (Alcohol-related neurodevelopmental disorder)

EEG – elektroencefalografie

FAS – Fetální alkoholový syndrom (Fetal alcohol syndrom)

FAE – Fetální alkoholový efekt (Fetal alcohol effects)

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)

LSD – lysergamid (derivát kyseliny lysergové)

NRULIS – Národní registr uživatelů lékařsky indikované substituce

TBC – tuberkulóza (lat. tuberculum)

TWEAK – Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia, Cut down

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Dotazník TWEAK

Příloha č. 3: Fetální alkoholový syndrom

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NEPŘÍZNIVÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ VLIVY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

STUDENT

Kristina Šindelářová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Kristinka.Sindelka@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Ratislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je získání informací o nepříznivých psychosociálních jevech v těhotenství. Mezi nepříznivé psychosociální vlivy se řadí kouření, konzumace alkoholu a jiných návykových látek, věk rodičky mladší 20 let a starší 35 let, nepříznivá socioekonomická situace, vliv komplikací na psychiku a neúspěchy z předchozích těhotenství. Rozhovor bude zaměřen na mladou rodičku, na její pocity, potíže a stesky. Hlavním cílem je zjistit přítomné nepříznivé vlivy, zaznamenat změny ve vývoji situace a opatření, která byla použita k jejímu řešení.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

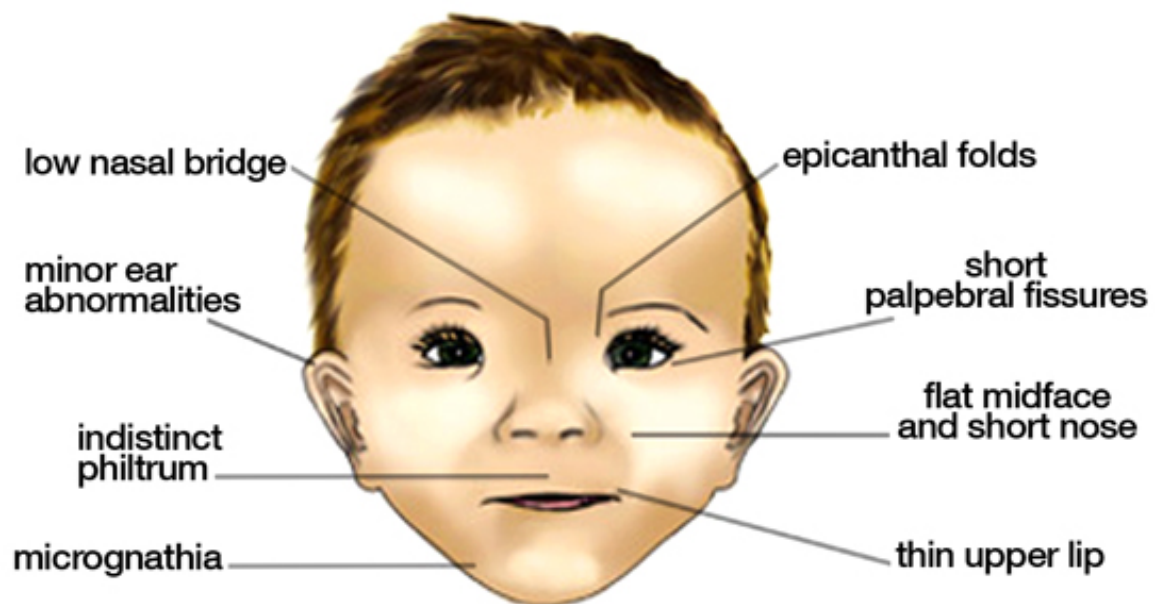
Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 2: Dotazník TWEAK

Sledujeme	Otázka	Body
tolerance	Kolik alkoholu musíte pít, abyste se cítil v „povznesené náladě“?	> 2 “drinky” = 2 body
obavy	Máte blízké přátele, kteří dali v poslední době najevo znepokojení z vašeho pití?	ano = 1 bod
ranní pití	Dáte si někdy „sklínku po ránu“?	ano = 1 bod
amnésie	Měla jste někdy na dobu pití tzv. „okno“?	ano = 1 bod
přestat	Přemýšlíte někdy o tom, že byste měla přestat pít?	ano = 1 bod

Zdroj: Hošková, 2010.

Příloha č. 3: Fetální alkoholový syndrom



Zdroj: Dostupné z: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/images/FAS%20Facefini.jpg>