

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Julie Sklenáková

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Julie Sklenáková

Ošetrovatelský proces u novorozence drogově závislé matky

The nursing process for a newborn of drug-addicted mother

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Markéta Lukšová

Praha, 2024

Prohlášení:

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

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

V Praze, 25. 4. 2024

JULIE SKLENÁKOVÁ

Podpis:

Identifikační záznam:

SKLENÁKOVÁ, Julie. *Ošetrovatelský proces u novorozence drogově závislé matky. [The nursing process for a newborn of drug-addicted mother]*. Praha, 2024. 65 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie. Vedoucí práce Lukšová, Markéta.

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce MUDr. Markétě Lukšové za podporu, trpělivost a poskytnutí cenných rad při vedení mé bakalářské práce. Dále bych také chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na drogově závislé matky a jejich novorozence. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jak nelékařští i lékařští zdravotničtí pracovníci vnímají práci s těmito ženami. Mezi další cíle patří zjistit strach zdravotníků z možného přenosu infekce nebo povědomí o možnostech následné péče pro tyto ženy a jejich děti. Má práce se dělí na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části je zmíněno užívání nejčastějších návykových látek v těhotenství. Dále je zde popsán novorozenecký abstinenční syndrom a fetální alkoholový syndrom. V posledním úseku teoretické části jsou uvedeny možnosti následné péče pro drogově závislé matky a jejich děti, popřípadě celou její rodinu.

Praktická část je zpracována pomocí anonymního dotazníkového šetření vlastní tvorby určeného pro zdravotnické pracovníky. Výzkum byl prováděn na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Klíčová slova: novorozenec, drogy, těhotenství, ošetrovatelský proces, závislost

Abstract:

The bachelor thesis focuses on drug-addicted mothers and their newborns. The main aim of my thesis was to find out how non-medical and medical health professionals perceive working with these women. Other objectives include finding out the fear of healthcare workers about the possible transmission of infection or awareness of aftercare options for these women and their babies. My work is divided into a theoretical part and a practical part.

In the theoretical part, the use of the most common addictive substances in pregnancy is mentioned. In addition, neonatal abstinence syndrome and fetal alcohol syndrome are described. In the last section of the theoretical part, aftercare options for drug-addicted mothers and their children or the whole family are presented.

The practical part is prepared using an anonymous questionnaire survey of own design intended for health care professionals. The research was carried out at the Department of Gynaecology, Obstetrics and Neonatology of the First Faculty of Medicine of the Charles University and General University Hospital in Prague.

Key words: newborn, drugs, pregnancy, nursing process, addiction

Obsah

Úvod.....	10
1. Nejčastěji užívané drogy v těhotenství.....	11
1.1. Legální drogy.....	11
1.1.1. Tabák.....	12
1.1.2. Alkohol.....	12
1.2. Nelegální drogy.....	12
1.2.1. Pervitin, amfetamin, kokain a jiná stimulancia.....	12
1.2.2. Kanabinoidy.....	13
1.2.3. Opiáty.....	13
1.2.4. Benzodiazepiny.....	14
1.2.5. Barbituráty.....	14
2. Novorozenecký abstinenční syndrom (NAS).....	15
2.1. Klinický obraz NAS.....	15
2.2. Diagnostika.....	16
2.3. Finnegan score (FS).....	16
2.4. Léčba.....	18
2.4.1. Nefarmakologická léčba.....	18
2.4.2. Farmakologická léčba.....	19
2.5. Propuštění a prognóza.....	20
3. Fetální alkoholový syndrom.....	21
4. Následná péče pro drogově závislé ženy, jejich rodiny a děti.....	23
4.1. Cílová skupina – drogově závislé matky.....	23
4.2. Přehled základních typů pomoci.....	23
4.3. Terapeutická komunita Karlov.....	24
4.4. Organizace SANANIM.....	25
4.4.1. Centrum komplexní péče o dítě a rodinu.....	25
4.4.2. Doléčovací centrum pro matky/otce s dětmi.....	25
4.4.3. Denní stacionář.....	26
4.4.4. Poradna pro rodinu.....	26
4.5. Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú.....	26

4.6.	Anima, o.s.	26
4.7.	Dětské centrum v Thomayerově nemocnici	27
5.	Výzkumné šetření	28
5.1.	Výzkumné cíle a otázky.....	28
5.1.1.	Cíle.....	28
5.1.2.	Výzkumné otázky	28
5.2.	Metodika výzkumu	29
5.2.1.	Metodika sběru dat.....	29
5.2.2.	Charakteristika výzkumného souboru	29
5.2.3.	Zpracování dat	29
5.3.	Výsledky a vyhodnocení získaných dat.....	30
5.4.	Diskuze	52
6.	Závěr	54
	Seznam použité literatury	55
	Seznam grafů	58
	Seznam příloh.....	59
	Použité zkratky.....	65

Úvod

Ve své práci se zabývám drogovou závislostí žen v průběhu těhotenství a následnými riziky pro plod a možným rozvinutím novorozeneckého abstinčního syndromu nebo také fetálního alkoholového syndromu, podle druhu užívání drogy těhotnou ženou. Proberu nejčastěji užívané drogy, včetně těch legálních, jako jsou alkohol a tabák, které mají také nepříznivé účinky na plod. Myslím si, že je stále velký počet žen, které se potýkají s drogovou závislostí a o to horší je to v těhotenství. U většiny závislých žen také dochází k pozdnímu záchytu gravidity, ženy nenavštěvují prenatální poradny a chybí jim základní vyšetření a screeniny, o to větší pak mohou být dopady na novorozence.

Každý novorozenec by měl mít právo na život a zdraví a ke každé ženě bychom se měli chovat s respektem a úctou. Důležitá pro tyto ženy je i možnost následné péče a navštěvování komunitních center pomáhajících ženám a jejich rodinám s drogovou závislostí.

Myslím si, že je stále řada zdravotníků, kteří k těmto ženám přistupují negativně, někdy se strachem. Proto se ve výzkumné části budu zabývat otázkami cílenými na zdravotnický personál s cílem zjistit, jaký mají zdravotníci přístup k těmto ženám, jestli se bojí pečovat o takové ženy nebo například jaká je s drogově závislými ženami komunikace.

Domnívám se, že by se tato problematika měla dostat do většího povědomí odborné i laické veřejnosti a je potřeba o tomto problému více mluvit. Právě proto jsem si vybrala zvolené téma mé bakalářské práce.

1. Nejčastěji užívané drogy v těhotenství

Užívání drog sahá do daleké minulosti. Využívaly se nejčastěji k náboženským rituálům. Pojem drogy můžeme chápat z farmakologického hlediska jako veškeré látky, které mohou změnit stav vědomí, funkce nebo nálady, včetně surovin, které slouží pro přípravu léčiv. Pokud bychom chtěli použít platnou definici, můžeme použít tu, kterou ustálila Světová zdravotnická organizace. Její znění je následující: „Droga je jakákoli látka, která po vstupu do živého organismu je schopná pozměnit jednu anebo víc jeho funkcí, působí přímo anebo nepřímo na centrální nervový systém a může se používat i jako lék.“ [23]

Pojem drogové závislosti se podle různých autorů liší a je těžké uvést jednu ucelenou definici. Jedná se ovšem o stav, kdy jedinec pocítuje neovladatelnou touhu k užití další dávky užívané látky, která po podání vyvolá stav uspokojení. [14]

Udává se, že většina drogově závislých žen jsou ženy, které mívají nepříznivé vztahy v rodině, většinou mají jen základní vzdělání, často bývají bez zaměstnání, a jejich partneři bývají také závislí na návykových látkách. Jejich těhotenství je také zachyceno v pozdějším týdnu a těhotenství není plánované. [31]

Řada z žen pocítuje obavu o zdraví svého nenarozeného dítěte, ovšem nedokáže s užíváním přestat. Jsou také drogy, u kterých se uživatelky snaží abstinovat a zajímají se více o léčbu, jsou ale i drogy, u kterých uživatelky svůj stav spíše zlehčují a neberou ho vážně. [32]

Základní rozdělení drog, které budou níže popsány, je na drogy legální a drogy nelegální. Mezi legální drogy patří například tabák a alkohol. Společnost tyto drogy akceptuje, ale na vývoj plodu mají samozřejmě negativní vliv a jsou pro něj nebezpečné. Mezi nelegální látky patří konopné látky, opiáty, stimulační látky, halucinogeny, psychotropní látky a těkavé látky. Nejčastěji užívané nelegální látky v těhotenství budou opět probrány níže. [13]

1.1. Legální drogy

V následující kapitole popíší již zmíněné legální drogy, a to tabák a alkohol.

1.1.1. Tabák

Tabák patří mezi legální návykové látky a je velice rozšířený, nejvíce ve formě kouření cigaret. Společností je tolerovaný a snadno dostupný. Některé ženy závislé na nikotinu nejsou schopné s kouřením během těhotenství přestat, což negativně ovlivňuje vývoj plodu a jeho možnou závislost po porodu. [12]

Těhotné ženy by se měly vyhnout kouření úplně, nejlépe i pasivnímu, protože látky z kouře prostupují placentou. U plodu mohou způsobovat tachykardii, předčasný porod, retardaci růstu plodu nebo předčasné odloučení lůžka. Popisuje se, že nikotin v krvi matky způsobuje vazokonstrikci cév, což snižuje krevní průtok placentou. Každá žena by proto měla být informovaná o toxických účincích kouření. Kouření dokonce snižuje i plodnost, neboť ovlivňuje ovulaci. [7]

1.1.2. Alkohol

Alkohol je jednou z nejvíce užívaných drog a ve společnosti je opět tolerován, je ale velmi nebezpečný. Postihuje řadu orgánů, největší vliv má na játra a může způsobovat např. cirhózu jater. [31]

Alkohol má toxické účinky i pro plod, etanol prostupuje placentou a může navozovat až fetální alkoholový syndrom. Toxické účinky mají vliv na nervovou soustavu, dochází k růstovému deficitu a poruchám v centrální nervové soustavě. V těhotenství může způsobovat i hypoxii plodu, čímž může dojít až k potratu, později k porodu mrtvého plodu. [12]

1.2. Nelegální drogy

V této kapitole proberu nejčastěji užívané nelegální drogy v těhotenství a jejich vliv na plod.

1.2.1. Pervitin, amfetamin, kokain a jiná stimulancia

Jak je již patrné z názvu, mají tyto drogy stimulační účinek. Po jejich užití dochází většinou ke zrychlení psychiky, větší představitivosti, k vyšší fyzické a psychické výkonnosti, k odstranění únavy, někteří uživatelé jsou také více empatictí. Stimulancia mají také vliv na přeceňování sebe sama, lepší sebehodnocení, často dochází ke ztrátě zábrán. [30]

Naopak po vysazení těchto drog nastává porucha spánku, deprese doprovázené úzkostí, únava, přejídání se. Všechny tyto příznaky patří do akutní fáze. Po odeznění akutní fáze se i nadále objevují deprese, podrážděnost i nepravidelný spánek. Tato fáze může trvat různě dlouho, od řady dnů až po týdny. [12]

Užívání těchto návykových látek v těhotenství má vliv především na rozvoj hypoxie plodu. Pokud matka drogu užije, dojde k transportu přes placentu. V těle matky způsobí tachykardii a vazokonstrikci, díky čemuž se dostaví snížený průtok v děloze, a naopak se zvýší vaskulární rezistence, což způsobí již zmíněnou hypoxii plodu. [31]

U plodu pak jako následek vzniká intrauterinní růstová retardace. Uvádí se, že u žen, které užívají pervitin, který je velmi častou drogou, se mohou objevovat také poruchy placenty. Novorozenecký abstinenci syndrom se vyskytuje zřídka, když se objeví, trvá pak kratší dobu a je mírnější než u jiných návykových látek. [30]

1.2.2. Kanabinoidy

Kanabinoidy, jiným názvem konopné látky, mají halucinogenní účinky a častými uživateli jsou zejména mladí lidé. Hlavní látkou je zde tetrahydrocannabinol (THC). Mezi hlavní účinky patří pocit radosti, euforie, smích. Záleží ale také na aktuálním rozpoložení jedince. Pokud je člověk již před užitím ve špatné náladě, mohou se tyto pocity prohloubit a k pocitu radosti nemusí vůbec dojít. [15]

U těhotných žen mohou konopné látky způsobovat malformace končetin, růstovou retardaci a je zvýšené riziko vzniku hypoxie plodu. U novorozence pak následně vznikají poruchy spánku, zvýšená dráždivost nebo neklid, příznaky ale rychle odeznívají a jsou mírného rázu. [30]

1.2.3. Opiáty

Mezi zástupce opiátů patří morfium, kodein, metadon, heroin nebo např. buprenorfin. Uživatelé těchto drog cítí pocit euforie, zároveň působí proti bolesti a tlumí dechové centrum, což při předávkování může způsobit až smrt. Tyto látky se nejčastěji podávají intravenózně, tj. do žíly, a proto se také pojí s rizikem přenosu infekce (nejčastěji žloutenky typu C nebo HIV). Je typické, že se u těchto látek zvyšuje tolerance, jsou vysoce návykové a hrozí riziko předávkování. [12]

Užívání opiátů v těhotenství je poměrně časté. Při užívání dochází k placentárnímu přenosu a ke komplikacím spojenými s předčasným odloučením placenty, předčasným porodem, dochází k útlumu a snížení pohybů plodu. Jakmile začne hladina látky opět klesat, začne se u plodu rozvíjet naopak tachykardie. [21]

U plodu vystaveného působení heroínu se dostavuje novorozenecký abstinenci syndrom. Novorozenci trpí gastrointestinálními problémy (průjem, zvracení, zvýšená tvorba slin), dále horečkou a pocením. Pokud neznáme stav matky, je třeba vyšetřit moč dítěte na toxikologii, neboť jeho stav může připomínat infekční onemocnění. V jejich pozdějším vývoji se pak vyskytují poruchy chování a zpomalený růst. [7]

Problém nastává i u žen, které chtějí v těhotenství přestat brát tyto látky, protože se dostavuje závažná fetální abstinence, která může vést až k úmrtí plodu intrauterinně. [7]

V souhrnu se novorozenecký abstinenční syndrom vyskytuje u 55 % až 94 % novorozenců, kteří se narodili matkám závislým na opiátech. [16]

1.2.4. Benzodiazepiny

Do této skupiny lze zařadit léky, na kterých vzniká závislost. Nejčastěji k nim patří psychofarmaka, jejich zástupci jsou například Rohypnol, Diazepam, Neurole nebo Lexaurin. Závislost na těchto látkách vzniká při dlouhodobém užívání ve vysokých dávkách a rozvíjí se poměrně pomalu. Nejvíce nebezpečné jsou v souvislosti s jinými látkami, např. alkoholem. Tyto léky se předepisují především proti úzkosti, mívají sedativní účinky, podávají se i proti křečím. [15]

I tyto léky prostupují placentou a na plod mají negativní vliv. Způsobují rozštěpové vady rtu a patra, růstovou retardaci v pozdějším týdnu těhotenství, syndrom floppy infant neboli syndrom chabého dítěte, který se projevuje hypotenzí, podchlazením, problémy s kojením, objevuje se až apnoe. U narozených dětí se objevuje také novorozenecký abstinenční syndrom. [7]

1.2.5. Barbituráty

Tato skupina patří také mezi léčiva s nežádoucími účinky na plod. Ovlivňují plod ve všech třech trimestrech. Dlouhodobé užívání může způsobit lékovou závislost u novorozence. [7] Může se také projevovat příznaky podobnými jako nastávají u fetálního alkoholového syndromu, a to dráždivostí, pocením a pláčem. [6]

2. Novorozenecký abstinenční syndrom (NAS)

Novorozenecký abstinenční syndrom se vyskytuje jako následek fyzické závislosti plodu u drogově závislých matek. Projev záleží na druhu návykové látky. Udává se, že nejdříve se projeví závislost na opiátech, tj. v řádu hodin, u metadonu projevy nastupují během prvního týdne. Tento syndrom se vyskytuje u cca 60-90 % matek, které v těhotenství užívaly návykové látky (nejčastěji opiáty) a lehké příznaky u novorozenců mohou přetrvávat až 4 měsíce. [31]

Podle jiného autora se tento syndrom vysvětluje jako soubor příznaků po porodu plodu u matky užívající návykové látky, jehož příznaky vychází z nervového, vegetativního, dýchacího i trávicího systému. [20]

Většina návykových látek prochází přes placentu, kdy malé částice přechází pasivní difúzí, větší látky se pak napojují na přenašeč a přenesou se pomocí ATP (adenosintrifosfát), některé látky se přenáší pomocí pinocytózy. [18]

Udává se, že rozvoj tohoto syndromu je obzvlášť závažný, pokud se rozvine u novorozence narozeného v termínu porodu. Je to proto, že nedonošení novorozenci ještě nemají dostatečně rozvinutý centrální nervový systém. Metabolismus jater se také teprve dokončuje a díky nezralosti jsou tito jedinci látce vystavení menší časový úsek. [28]

Problémem jsou také infekce, které se u závislých matek často objevují. Způsobují předčasný porod, jelikož se uvolňuje prostaglandin. Při infekcích se ale také uvolňuje kortizol, který pomáhá dozrávání plic, to pomáhá proti rozvoji syndromu dechové tísně. [31]

2.1. Klinický obraz NAS

Klinická manifestace závisí jednak na typu látky, chronickém užívání, dávce, času požití poslední dávky i gestačnímu stáří plodu. Nezralý novorozenec může vykazovat méně známek abstinenčních příznaků než děti donošené. Je to dáno vzhledem k menšímu celkovému tělesnému tuku a rozdílům v celkové expozici. [19]

Průměrná doba nástupu příznaků abstinenčního syndromu jsou 3 dny, ale liší se podle typu drogy. U barbiturátů je přibližná doba nástupu 4-7 dní, uvádí se ale, že mohou nastoupit i po 1-14 dnech. Po užití alkoholu trvá nástup 3-12 hodin, heroin má přibližnou dobu do nástupu abstinenčních příznaků během 24 hodin, užívání marihuany většinou nerozvíjí abstinenční příznaky. U metadonu nastupují abstinenční příznaky většinou 3. den, ale mohou se projevit až po 5-7 dnech, vždy záleží na dávce drogy u matky. Metamfetamin je většinou bez nástupu abstinenčního syndromu, pokud se rozvine, může to být do 48-60 hodin. Opioidy vyvolávají abstinenční příznaky od 24-36 hodin až po 5.-7. den po porodu. Sedativa způsobují syndrom 1.-3. den a SSRI většinou do 2. dne života, někdy mezi 5-74 hodinami. [19]

Klinický obraz bych dále ráda rozdělila podle postižení jednotlivých systémů v těle. Působením na nervový centrální systém se projeví zvýšeným svalovým tonusem, nespavostí, tremorem, iritabilitou, hypoaktivitou, mohou se objevit hyperaktivní reflexy, časté zívání, kýchání a křeče. Z pohledu gastrointestinálních potíží se vyskytuje zvracení, průjem a zhoršené přibírání na váze. Na metabolismus a respiraci se působení návykových látek projeví horečkou, teplotní nestabilitou, zvýšenou dechovou frekvencí a bradykardií. [16]

2.2. Diagnostika

U diagnostiky každého onemocnění je zapotřebí správná anamnéza dotyčného. V tomto případě je to anamnéza matky, která může být poměrně ztížená, protože drogově závislá matka mnoho údajů zatajuje. Je důležité vědět, kdy naposledy si matka drogu aplikovala, jakou formou a samozřejmě jaký druh látky matka užívá. Důležité je také zjistit, jak dlouho je žena závislá. [10]

Dále se odebírají laboratorní testy na toxikologii. Matce se odebírá krev a moč, a to před porodem, pokud je to možné, nebo po porodu. U novorozence pak odebíráme nejčastěji vzorek ze smolky, který ukáže aktuální i dlouhodobé užívání návykových látek. Může se ale také odebrat moč, krev či vlasy. [25] Vyšetření moči u novorozence je však nutné odebrat co nejdříve po porodu díky rychlé eliminaci a metabolismu jednotlivých návykových látek v organismu. [9] Nejcitlivější jsou testy přímo z pupečnickové tkáně nebo vlasů, tyto testy jsou ovšem poměrně finančně náročné a provádí je jen specializované laboratoře. Jejich výhodou však zůstává fakt pozitivního průkazu drog i po několika měsících po porodu. Dělají se i další laboratorní vyšetření, aby se vyloučila nebo naopak potvrdila infekční onemocnění, jako například hepatitida typu B nebo C, HIV pozitivita, kapavka, lues a další. Popřípadě se mohou sledovat i poruchy vnitřního prostředí a stav glykemie. [25]

Každý novorozenec se pak nejčastěji hodnotí podle Finnegan score. Tento skórovací systém bude popsán níže.

2.3. Finnegan score (FS)

Skórování podle Finneganové vzniklo již v 70. letech 20. století a v České republice je stále používáno nejčastěji. Tento systém se používá k hodnocení abnormálního chování novorozence po porodu drogově závislé matky. Protože může dojít k subjektivnímu zatížení hodnotitele, jedná se o semiobjektivní hodnocení. Sledují se jednotlivé příznaky, kdy se ke každému bodově připisuje 1-8 bodů. Hodnotí se příznaky, které spadají pod centrální nervový systém, dýchací systém, trávicí systém a příznaky vazomotorické. Mezi jednotlivé příznaky patří křik, doba spánku po jídle, Moro reflex, třes při stimulaci, třes v klidu, zvýšený svalový tonus, křeče, krmení, stolice, horečka, dechová frekvence, exkoriace, časté zívání, kýchání, ucpaný nos a pocení (viz tabulka 1). Se skórováním se začíná 2 hodiny po

porodu a dále se hodnotí pravidelně každé 3 hodiny. Příznaky se hodnotí po jídle, aby novorozenec nebyl hladový. [20]

Formulář | F-NEO-037 | verze 3

Skórovací systém pro neonatální abstinenční syndrom

* Finnegan, Yoon, dle doporučeného postupu České neonatologické společnosti ČLS JEP, 2006

příjmení:

Tiskněte oboustranně!

jméno: nalepte štítek

číslo pojistěnce:

číslo záznamu:

datum:	body	čas hodnocení (příznaky se hodnotí mezi krmením)																				
křik	vysoko laděný	2																				
	kontinuální	3																				
doba spánku	1 hodina	3																				
	po jídle																					
	2 hodiny	2																				
	3 hodiny	1																				
Moro reflex	hyperaktivní	2																				
	značný	3																				
třes při stimulaci	mírný	2																				
	značný	3																				
třes v klidu	mírný	3																				
	značný	4																				
zvýšený svalový tonus	mírně	3																				
	značně	6																				
křeče		8																				
krmení	usilovné sání ruček	1																				
	špatně pije	1																				
	regurgitace	1																				
	projektilové zvracení	1																				
stolice	řidká	2																				
	vodnatá	3																				
horečka		2																				
dechová frekvence	přes 60/min	1																				
exkoriace	se zatahováním	2																				
	nosu	1																				
	kolen	1																				
	prstů	1																				
časté zívání		1																				
kýchání		1																				
ucpaný nos		1																				
pocení		1																				
celkem bodů:																						

podpis zdravotnického pracovníka:

Strana 1 z 2

Tabulka 1 – Finnegan score

2.4. Léčba

Léčbu novorozeneckého abstinčního syndromu můžeme rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Obě tyto varianty budou popsány níže a zmíním zde také možnost nebo naopak kontraindikaci kojení u jednotlivých drog.

Každý novorozenec, jehož matka má v anamnéze pozitivní abúzus drog, by měl být podrobněji sledován a v případě jakýchkoliv komplikací převezen buď na intermediální oddělení nebo na jednotku intenzivní péče pro novorozence, popřípadě anesteziologicko-resuscitační oddělení pro novorozence. [33]

2.4.1. Nefarmakologická léčba

Mezi nefarmakologickou léčbu patří zejména režimová opatření, mezi která patří šetrná manipulace s novorozencem, klidné a tiché prostředí, popřípadě relaxační polohy. U novorozence je také potřeba sledovat kardiopulmonální stabilitu, která je zajišťována kontinuálním monitoringem, prevencí apnoe a dehydratace. Krmení je podáváno formou hyperkalorické stravy. [6]

Mezi nefarmakologickou léčbu se řadí také základní péče o novorozence jako je chování, zavinování miminka, minimální smyslová nebo enviromentální stimulace, udržování teplotní stability a frekventní strava. [19]

Možnost kojení závisí na druhu užívané drogy. Obecně by kojení ale mělo být podporováno. Uvádí se, že kojení je možné při užívání benzodiazepinů, je ovšem důležité dbát zvýšené opatrnosti z důvodu útlumu dechového centra. Dále je možné kojení při užívání morfinu a subutexu, které přechází do mléka jen v minimálním množství. Kojení je možné i při užívání metadonu, u této substituční léčby je ale třeba dbát zvýšeného sledování novorozenců u matek, jejíž substituce je vyšší než 100 mg/den. [6] Ráda bych také zmínila možnost navštívení internetových stránek státního ústavu pro kontrolu léčiv, kde lze nalézt aktuální informace o možnosti kojení.

I když je ale kojení možné, nebývá vždy lehké. Novorozenci jsou neklidní a nemají zkoordinovaný sací pohyb. Je potřeba velké trpělivosti jak od zdravotnického pracovníka, tak od matky. Výhodou je i navázání kontaktu matka-dítě. Pro zdravotnický personál dochází ke ztížené spolupráci i z pohledu drogové závislosti matky, které ovlivňuje její chování. [33] Péče o novorozence s NAS je velmi psychicky i fyzicky náročná. Zdravotní sestry se mohou setkat i s negativními emocemi, které se vztahují k matkám, které jsou drogově závislé. Každá sestra pracující s novorozenci, kteří trpí NAS, by měla mít také vzdělání v oboru adiktologie. [3]

Naopak kontraindikováno je kojení při užívání pervitinu, heroinu, kokainu, amfetaminu, LSD a těkavých látkách. [6]

2.4.2. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba by se měla začít aplikovat až v případě skórování podle Finnegan score s hodnotami bodů vyššími než 8 skórovaného 3x po sobě nebo při skórování 2x nad 12 bodů. Následný způsob léčby pak závisí na látce, která novorozenecký abstinenční syndrom způsobila. [6]

Způsob léčby můžeme rozdělit do dvou základních skupin, a to na opiátový a neopiátový novorozenecký abstinenční syndrom. [6]

Opiátový NAS by se měl již podle názvu vždy léčit opiáty, nejčastěji se podává opiová tinktura. Iniciálně se podává 0,1 ml (40 ug) /kg/den p.o. každé 3 hodiny ředěného roztoku, navyšuje se o 0,1 ml/kg každé 3 hodiny do vymizení symptomů. Dávka, při které symptomatologie ustoupila, se ponechá 2-3 dny. Při dalším asymptomatickém průběhu po této době se dávka začne snižovat při zachování intervalů podávání, a to zhruba o 0,1 ml/dávku každé 1-2 dny. Jako podpůrná léčba Morfinu je možné podat Clonidin (Catapres 0,15 mg/1 ml amp). Podává se dávka 0,5-1,5 ug/kg p.o. každé 3 hodiny, dávka se navyšuje během 24 hodin, kdy udržovací dávka je 3-5 ug/kg/den. Dávka se posléze snižuje každých 48 hodin o 25 %. Clonidin se může podat i jako samostatná léčba, pak se podává iniciální dávka 5 ug/kg, která je rozdělena do 8 dávek, navyšuje se opět do vymizení symptomů, maximálně se podává dávka 12 ug/kg/den. Tento lék se podává s jídlem a dávka se při asymptomatickém průběhu 2-3 dnů dále snižuje o 25 % za 24 hodin. Mezi opiátovou léčbu řadíme i podávání Buprenorfinu ve formě sirupu připraveného jako magistraliter o koncentraci 0,075 mg/ml. Iniciální dávka je 5,3 ug/kg buprenorfinu p.o. každých 8 hodin, navyšování je možné o 25 % v závislosti na skórování NAS, maximální dávka je 60 ug/kg/den. Snižuje se po 2-3 dnech stability denně o 10 %. [5] Tento lék se v České republice v současné době většinou nepoužívá, v zahraničí je ale doporučován. Buprenorfin prokázal výhodu účinnosti oproti standardní substituci opioidů terapie NAS v kontrolovaných klinických studiích i v léčebných podmínkách. Buprenorfin je v léčbě NAS bezpečný a sublingvální dávkování bylo prokázáno jako proveditelné u novorozenecké populace. [17] Na léčbu Buprenorfinem bylo zpracováno také několik studií. Z výsledků jedné z nich, kdy se srovnávala léčba Buprenorfinem oproti léčbě metadonem, vyplývá, že ze všech kojenců léčených farmakologicky opioidy pro NAS, pacienti ve skupině léčené Buprenorfinem zaznamenali kratší dobu léčby a délku pobytu než kojenci ve skupině léčené metadonem. [8]

Neopiátový novorozenecký abstinenční syndrom může být způsoben benzodiazepiny, LSD, alkoholem nebo např. barbituráty. Je nutné také myslet na to, že antidepressiva, jako SSRI, mohou také způsobit abstinenční syndrom. Doporučeným přípravkem pro léčbu je Fenobarbital. Iniciálně se podává dávka 16 mg/kg. Může se aplikovat intravenózně jednorázově, dále pak za 12-24 hodin 5 mg/kg/den ve 2 dávkách. Per os se podává ve 2 dávkách, dále 5 mg/kg/den ve 2 dávkách, při čemž běžná potřeba je 4-8 mg/kg. Po 48 hodinách se dávka snižuje o 2 mg/dávku každý druhý den. [5]

V jednotlivých nemocnicích se mohou jednotlivé dávky a ředění mírně lišit.

2.5. Propuštění a prognóza

Propuštění novorozence, kdy se objevuje abúzus drog v anamnéze matky není vhodné před 5. dnem života a to i bez výskytu novorozeneckého abstinenčního syndromu. Dále by se neměl propustit novorozenec s vyšším než 10 % váhovým úbytkem. Vždy je vhodné kontaktovat OSPOD, který provede sociální šetření. Je vhodná i monitorace dechu v domácím prostředí. [6]

Jako následek novorozeneckého abstinenčního syndromu se může objevit opoždění psychosociálního vývoje, mikrocefalie, 5-15x se zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS). Objevují se kognitivní a percepční poruchy, sociální problémy nebo např. zvýšené riziko abúzu návykových látek v pozdějším věku. [6]

Jiný autor dodává, že propuštění do domácí péče je možné až po důsledném vyšetření jak novorozence, tak i matky. Dlouhodobý dohled sociálních, popřípadě zdravotnických pracovníků v domácím prostředí zlepšuje dlouhodobý vývoj v rizikových rodinách. [20]

3. Fetální alkoholový syndrom

Jelikož alkohol patří také mezi návykové látky, jak jsem již zmínila výše, krátce zmíním i možnost rozvinutí tohoto syndromu.

Vzniká užíváním alkoholu v těhotenství ženy, který má následný negativní vliv na plod. Jedná se o soubor všech tělesných a mentálních příznaků u dětí matek užívajících alkohol. [22]

Negativní důsledky na plod vlivem působení alkoholu můžeme rozdělit podle jednotlivých trimestrů. Působení alkoholu v prvním trimestru bývá velmi závažné. I malé množství alkoholu může poškodit růst plodu a jednotlivých orgánů. Velmi citlivý na alkohol je mozek, může dojít ke snížení počtu rostoucích nervových buněk, což má za následek špatné rozmístění neuronů a zmenšuje se i samotná velikost mozku. Ve druhém trimestru dochází nejčastěji k potratům nebo úmrtím plodu. I v tomto trimestru může dojít k dalšímu poklesu nervových buněk a k útlumu dýchacího ústrojí. Ve třetím trimestru dochází k poškození cévního systému, ke ztrátě nervových buněk, ke zpomalení růstu, bývá postižen i hippocampus a další. [24]

Existuje řada fyzických faktorů, které fetální alkoholový syndrom vystihují. Patří mezi ně zejména abnormality v oblasti hlavy a obličeje. U těchto novorozenců se typicky objevuje krátká vzdálenost mezi víčky oka, ploché a nevyvinuté philtrum, neboli žlábek mezi nosem a horním rtem, tenký horní ret. Vyskytují se mikrocefalie, zubní abnormality, rozštěpy patra, anomálie uší, zmenšená výška a váha spolu s nerovnoměrně rozloženou tukovou tkání. [22]

Fetální alkoholový syndrom může způsobit také poruchy centrálního nervového systému, které se projeví buď strukturálním nebo funkčním postižením mozku. Novorozenec bývá po porodu plačtivý, objevuje se vyšší dráždivost, poruchy spánku nebo polykání. Čím je dítě starší, projevují se další symptomy související s poškozením mozku, jako je mentální retardace, poruchy pozornosti, zhoršená paměť, poruchy řeči, objevuje se celkový opožděný vývoj. [22]

I když jsem zde zmínila typické projevy alkoholového abstinčního syndromu, vždy je nutné diagnostiku doplnit o podrobnou anamnézu od matky, nejlépe i od jejího okolí, a doplnit komplexní diagnostiku. [24]

Existuje také novorozenecký screening pomocí testování mekonie, kdy se testují biomarkery alkoholu, díky čemuž se dá zjistit, jestli byl novorozenec v kontaktu s alkoholem během těhotenství. [21]

Podle autorů Toutaina a Lejeunea (2008) většina novorozenců s výskytem fetálního alkoholového syndromu pochází z dysfunkčních rodin a řada z nich je i po propuštění umístěna do pěstounské péče s možností návštěv matky. U dětí, které jsou po propuštění umístěny do svých biologických rodin, dochází často ke zhoršení péče o děti a rodinné

situace, matky nejsou schopny se o své děti starat. Podle těchto autorů by se mělo na základě provedené studie proto vždy provádět přezkoumání rodin, jejichž děti trpí fetálním alkoholovým syndromem. [21]

4. Následná péče pro drogově závislé ženy, jejich rodiny a děti

Ženy a budoucí matky závislé na návykových látkách tvoří v dnešní době početnou skupinu. Je nutno takovým ženám věnovat jinou péči než jiným drogově závislým, neboť tato skupina vykazuje specifické znaky. I díky tomu vznikly specializované programy a pracoviště pro tuto skupinu žen. Terapeutické komunity musí být uzpůsobeny péči o dítě, popřípadě děti. Vždy by ale matka měla vykazovat zájem o své dítě a jeho výchovu. [11]

Tuto problematiku řeší mnoho státních i nestátních organizací na různých úrovních, kdy je důležitá jejich vzájemná spolupráce. Jak jsem již zmínila výše, těhotenství žen, které užívají návykové látky, je často neplánované a ženy zanedbávají prenatální péči. Tyto ženy, popřípadě jejich rodiny, nežijí v dobrých sociálních a ekonomických podmínkách, jejich narozené děti často trpí abstinenčními příznaky a i po návratu z nemocničního prostředí se rodiče nedokáží o své děti plnohodnotně starat. Celou situaci komplikuje i fakt, že ženy i nadále užívají návykové látky, a i když by se chtěly závislosti zbavit, samy na to nestačí a děti musí být někdy umístěny do náhradní péče. [27]

4.1. Cílová skupina – drogově závislé matky

Studie i praxe dosvědčují, že závislost rodičů na návykových látkách ovlivňuje jejich následný vývoj. Dalším důležitým faktorem je ale i prostředí, ve kterém vyrůstají. Mezi specifika práce s touto skupinou patří i to, že pomoc a péči potřebují nejen děti, ale i jejich rodiče, dále možná recidiva rodičů a komplikace celého procesu. Osvědčuje se proto způsob práce, kdy zvláště sociální pracovníci pomáhají dětem a adiktologové rodičům, v následné spolupráci mezi sebou. [27]

Jestliže se rodiče nedokáží o své dítě starat a dítě je v péči další osoby, kterou je např. rodinný příslušník, je nutná spolupráce i s ním. Většinou se o dítě starají matky samy, otcové často nebývají uvedeni v rodném listě, jsou také uživateli drog a o dítě nejeví zájem. [27]

Jedná se o ženy různého věkového rozmezí, některé řeší tuto situaci poprvé, v jiných případech se jedná již o druhé nebo třetí dítě. To, že byly děti žen odebrány v předchozích případech, nemusí znamenat, že se situace bude opakovat. Žena může po určité době chtít začít pečovat o své dítě. [27]

4.2. Přehled základních typů pomoci

Existuje řada programů a služeb pro matky a jejich děti. Patří mezi ně nízkoprahové služby, kam patří terénní služby a kontaktní centra. Dále to jsou ambulantní služby, kdy žena pouze dochází do určitého zařízení, a většinou navazují na nízkoprahové služby. Pomoc může žena získat i ve stacionáři. Nejčastěji se jedná o denní stacionáře. Specifickou skupinu

tvoří i substituční centra, která slouží pro ženy s recidivou užívání návykových látek a možností substituční léčby. Substituční léčba má za cíl nahradit užívání drogy legální látkou s podobnými účinky a nižšími riziky. Může trvat několik týdnů, měsíců ale i let. U těhotných žen by se substituční léčba neměla vysazovat během těhotenství z důvodu možného znovu užití návykové látky po vysazení substitute, což přináší pro dítě větší rizika než samotná substitute. [27]

Žena může podstoupit i ústavní léčbu, kdy je umístěna na lůžkové zdravotnické oddělení buď psychiatrické léčebny nebo na specializovaném oddělení nemocnice. Vhodné jsou pro ženy s nestabilním socioekonomickým statutem, různými psychickými nebo fyzickými komplikacemi. Jedná se o různě dlouhou léčbu v závislosti na stavu ženy. [27]

Po porodu může žena také začít navštěvovat terapeutickou komunitu. Terapeutická komunita je program, který je vytvořen přímo pro matky a jejich novorozené děti, ale i děti z předešlých těhotenství. Cílem komunity je pak přizpůsobovat ženě průběh každodenního života, jako by dítě měla v domácím prostředí. Může také využívat všechny pomůcky, které jsou v komunitě k dispozici, poskytované služby i programy. Pozitivním faktorem je pro ženu i to, že se může svěřit jiným ženám v podobné situaci. [26]

4.3. Terapeutická komunita Karlov

Terapeutická komunita Karlov se nachází v jižních Čechách a pomáhá s drogovou závislostí mladým klientům ve věku 16-26 let, těhotným ženám a ženám s dětmi do 7 let věku. Jedná se o léčebně-rehabilitační zařízení s pobytovou formou léčby. Základními metodami léčby jsou skupinové terapie, pracovní terapie zaměřené především na vlastní chod komunity, poradenství v oblasti mateřství a péče o dítě, získání základních sociálních a pracovních dovedností, vytváření dospělých vzorců chování, ale i trávení volného času nebo zvyšování fyzické kondice. Důležitá je zde i práce s rodinou, která je do celého procesu aktivně zapojena. [29]

Nabízí pomoc jednak problémovým uživatelům a uživatelům závislých na nealkoholových drogách, klientům z ústavu výchovné péče i lidem se soudně nařízeným alternativním trestem. Nástup do centra musí být dobrovolný, klient musí prokazovat motivovanost k léčbě a před nástupem musí projít detoxifikací, u mladistvých klientů je vyžadován souhlas zákonného zástupce. Doba léčby trvá u mladistvých klientů zhruba 6-8 měsíců, u matek s dětmi, popřípadě otci s dětmi, okolo 8-10 měsíců. Celá léčba je pak rozdělena do 4 fází. [29]

Základními cíli léčby je zvýšení odpovědnosti klientů za své chování, zvýšení odolnosti při selhání léčby, ale je zaměřena i na lepší poznání a přijetí sebe sama, zlepšení sociálních a komunikačních dovedností, zvýšení fyzického a psychického zdraví. [29]

4.4. Organizace SANANIM

Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která byla založena roku 1990 a zabývá se problematikou drogové závislosti. Poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří jednak systém prevence, ale i péče, léčby a návratu do společnosti. Organizace se podílí také na vytváření protidrogové politiky, snaží se o hodnocení efektivity služeb, jejich financování a dlouhodobé plánování. [29]

Mezi jejich hlavní cíle tedy patří poskytování profesionální pomoci lidem s drogovou závislostí, rozvoj systému služeb, spolupráce s dalšími odborníky, včetně zahraniční spolupráce, vzdělávání laické veřejnosti, zapojení klientů do normálního plnohodnotného života a hlavně pomoci se zbavit klientů závislosti. [29]

4.4.1. Centrum komplexní péče o dítě a rodinu

Centrum komplexní péče o dítě a rodinu pomáhá řešit drogovou závislost pomocí poradenství, motivace, samotné léčby, ale i krizovými intervencemi. Jedná se o multidisciplinární tým složený z psychoterapeutů, psychologů, speciálních pedagogů, psychiatrů a sociálních pracovníků. Žena dostává informace o vlivu užívání návykových látek v těhotenství, centrum následně zprostředkovává komplexní zdravotní péči pro těhotnou ženu, po porodu pro matku a dítě. Snaží se o podporu rodičovství, péči o dítě a rozvíjení rodičovských kompetencí. Pomáhá také jednat s institucemi a úřady a pomáhá při kontaktu s nimi. [29]

Pokud dojde k náhradní rodinné péči, pomáhá kontaktu s biologickou matkou, snaží se obnovit kontakt matka-dítě v pěstounské rodině a podává informace v péči o dítě rodičům, kteří užívají návykové látky. [29]

4.4.2. Doléčovací centrum pro matky/otce s dětmi

Doléčovací centrum nabízí ambulantní doléčovací program, chráněné bydlení, ubytování v chráněných bytech pro klienty po úspěšném absolvování doléčovacího programu, ale i program podporovaného zaměstnání. Rodiče mohou využít individuální terapii, socioterapii, skupinovou terapii, prevenci relapsu, sociální pomoc, klubové a volnočasové aktivity, psychiatrickou péči, konzultaci s dětským psychologem a další. Pro vstup do programu musí splňovat určitá kritéria. Cílovou skupinou jsou osoby ohrožené nebo závislé na návykových látkách, rodiny s dětmi, rodiče dětí ohrožených nebo závislých na návykových látkách nebo naopak děti rodičů ohrožených nebo závislých na návykových látkách. Průměrná délka doléčovacího programu trvá přibližně 370 dní. [29]

4.4.3. Denní stacionář

Denní stacionář nabízí pomoc klientům, kteří se chtějí zbavit své závislosti, ale zároveň chtějí zůstat ve svém domácím prostředí. Klienti tráví den ve stacionáři, a poté se vrací domů. Zahrnuje diagnostické, psychoterapeutické a rehabilitační postupy a metody, které se aplikují na současný stav klienta. Mnohdy denní stacionáře pomáhají předejít možné hospitalizaci, ovlivňují pozitivně prostředí klienta a reagují na aktuální problémy a potřeby. Specifickou cílovou skupinou jsou těhotné ženy a matky s motivací o řešení dané situace a následné léčby, často s následným nástupem do Terapeutické komunity Karlov, se kterou SANANIM spolupracuje. [29]

4.4.4. Poradna pro rodinu

Dalším programem je porada pro rodinu. Pomáhá klientům a jejich blízkým zvládnout náročnou životní situaci. Poradna zdarma poskytuje poradenské služby, podpůrnou terapii, rodinou, párovou, ale i skupinovou psychoterapii, působení v přirozeném prostředí klienta, trestně právní poradenství, informace o možné léčbě a dalších formách pomoci a další. Nabízí pomoc i odborníkům, kdy pořádá konzultace a stáže, a pro veřejnost zajišťuje odborné konzultace. [29]

4.5. Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú.

Centrum pro rodinu psychosociálních služeb a klinické adiktologie poskytuje ambulantní léčbu s cílem možnosti dětí žít s jejich biologickými rodinami v bezpečném a láskyplném prostoru. Poskytuje pomoc při problémech s výchovou, s péčí o dítě, snaží se podpořit a rozvíjet fungování rodiny, vytváří také programy práce s rodinou a ohroženými dětmi. Také se věnují dětem bez správného rodinného zázemí, aby se mohly zapojit do společnosti a zvládnou běžný život. Prostřednictvím sociální, výchovné, vzdělávací, poradenské a informační činnosti poskytují pomoc u dětí v pěstounské péči. Umožňují preventivní a léčebné aktivity v oblasti ochrany zdraví, adiktologie nebo dalšího rizikového chování. Centrum se věnuje i vzdělávání pro odbornou i laickou veřejnost, realizuje publikační činnost. [1]

4.6. Anima, o.s.

Anima terapie, která je pokračovatelem občanského sdružení pro péči o rodiny závislých, pomáhá rodinám, ve kterých se vyskytuje závislost a s ní spojené vztahové problémy mezi členy rodiny. Mezi projekty Anima patří například projekt „Terapeutická práce s rodinami“ ve spolupráci s institucí OSPOD, jehož podstatou jsou společná setkání jak rodin, tak zástupců sociálních pracovníků, za účelem rozvíjení společné komunikace. Snaží se tím posílit možnosti změn v rodinném prostředí ve prospěch dětí a celé rodiny.

Dalším projektem je „Terapie závislých osob a jejich rodin.“ Jedná se o ambulantní terapeutické a poradenské služby pro závislé osoby a jejich blízké. [2]

4.7. Dětské centrum v Thomayerově nemocnici

Jedná se o zařízení, které poskytuje diagnostickou, výchovnou, terapeutickou, zdravotní a sociální péči všem dětem a jejich matkám, které jsou jakkoli ohrožené ve svém vývoji. Možná pomoc zahrnuje i matky, které jsou závislé na návykových látkách a jsou motivovány k léčbě. Mezi základní principy patří multidisciplinární týmová spolupráce, včasná detekce, diagnóza a terapie. Důležité je také včasné začlenění rodiny do aktivní péče poradenství, odborné péče nebo péče doprovázení. Dětské centrum také spolupracuje s neziskovými organizacemi jako např. již zmíněnou organizací SANANIM. Možností k pobytu matky s dítětem patří zdravotní, výchovné a diagnostické indikace. Dětské centrum poskytuje lůžkovou část, ambulantní část a terénní služby. Pořádá i řadu projektů a programů jako je například dětský den adoptivních a pěstounských rodin, respitní péče pro rodiny s dětmi se zdravotní diagnózou nebo stacionář pro děti se zdravotní diagnózou. [4]

5. Výzkumné šetření

5.1. Výzkumné cíle a otázky

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá přístupem zdravotníků k drogově závislým matkám a jejich dětem. Výzkum probíhal na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, v období od 1. 2. 2024 do 31. 3. 2024. Výzkumný vzorek zahrnuje lékařské a nelékařské zdravotnické pracovníky pracující na odděleních neonatologie.

5.1.1. Cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaký je přístup zdravotnických pracovníků k drogově závislým matkám a jejich dětem.

Mezi dílčí cíle patří:

1. Zjistit možný strach zdravotníků z ošetrovatelské péče o drogově závislé matky a jejich děti.
2. Zjistit spolupráci drogově závislých žen se zdravotníky v péči o jejich děti.
3. Zjistit možnosti následné péče o drogově závislé matky a jejich děti.

5.1.2. Výzkumné otázky

1. Vnímají zdravotníci jako těžší spolupráci s drogově závislými matkami oproti matkám s fyziologickým těhotenstvím?
2. Mají zdravotníci strach z infekce nebo jiného onemocnění od matek závislých na návykových látkách, popřípadě jejich dětí?
3. Věří zdravotničtí pracovníci, že se ženy ze závislosti dokáží dostat a plnohodnotně se postarat o své děti?
4. Pociťují zdravotníci nějaké strachy v péči o drogově závislé matky?
5. Mají zdravotničtí pracovníci pocit, že ženy dostatečně využívají možnosti následné péče?

5.2. Metodika výzkumu

5.2.1. Metodika sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována metodou kvantitativního šetření. Metodou výzkumu jsem zvolila anonymní dotazníkové šetření. Byly použity nestandardizované dotazníky mé vlastní konstrukce, které byly následně distribuovány v papírové formě na všech odděleních neonatologie Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

5.2.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří skupina zdravotnických pracovníků pracujících na odděleních neonatologie Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Výzkum probíhal od 1. 2. 2024 do 31. 3. 2024.

5.2.3. Zpracování dat

Získaná data byla zpracována prostřednictvím grafů a slovního komentáře. Při zpracování dat jsem použila program Microsoft Office Word.

5.3. Výsledky a vyhodnocení získaných dat

Otázka číslo 1 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání

První graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání skupiny zdravotnických pracovníků, kteří se podíleli na vyplnění dotazníků.

Výzkumný vzorek představuje celkem 40 odpovědí. Z toho 10 odpovědí představují lékařské pozice, což je 25 % všech odpovědí. 30 odpovědí představují sesterské pozice, tedy celkem 75 % z celkového vzorku. Z toho 20 odpovědí, což představuje 50 %, má nejvyšší dosažené středoškolské vzdělání. 4 odpovědi, tedy 10 % zdravotních sester, dosáhlo vyšší odborné školy. Další 4 zdravotní sestry, které představují 10 % z celkového vzorku, dosáhlo bakalářského vzdělání a poslední 2 odpovědi, představující pouze 5 % zdravotních sester, dosáhly magisterského vzdělání.

Otázka č. 2 – Setkal/a jste se ve své práci s drogově závislými ženami a jejich dětmi?



Graf č. 2 - Práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi

Graf číslo 2 představuje povědomí zdravotnických pracovníků v práci s drogově závislými ženami a jejich dětmi.

40 odpovědí zdravotnických pracovníků, tedy 100 % z celkového vzorku, se ve své práci někdy setkali s drogově závislou matkou a jejím dítětem.

Otázka č. 3 – Jak často se setkáváte s drogově závislými ženami a jejich dětmi?



Graf č. 3 - Četnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi

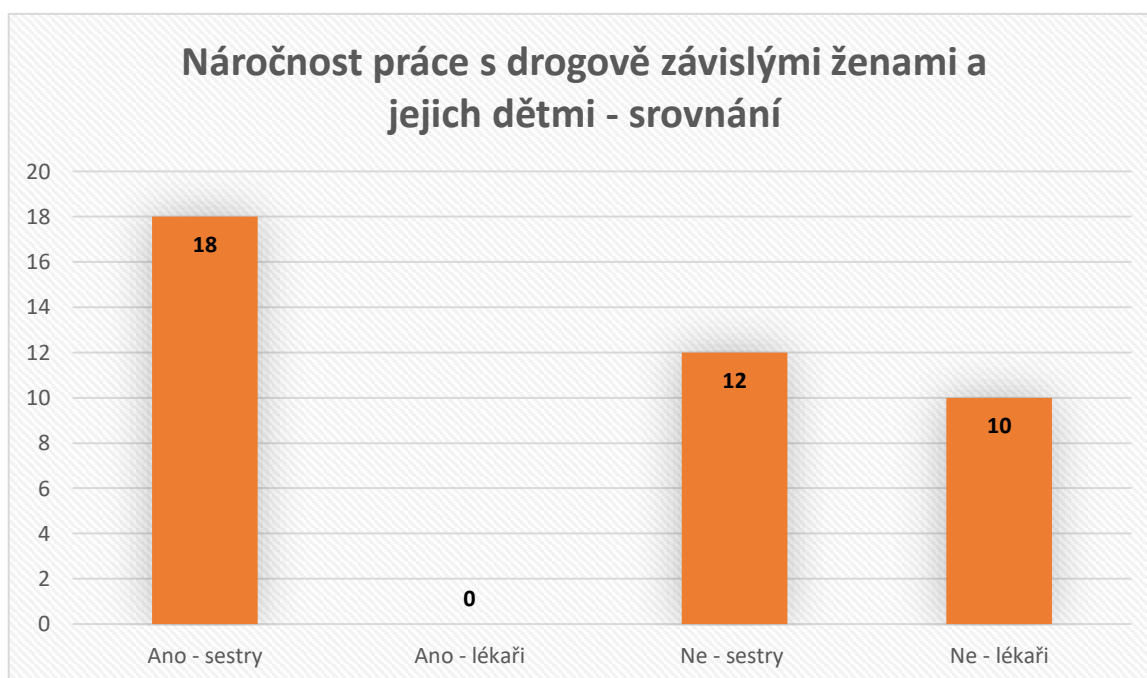
Graf číslo 3 znázorňuje, jak často se zdravotničtí pracovníci setkávají s drogově závislými ženami a jejich dětmi.

Z celkového vzorku 40 odpovědí, 21 odpovědí, to je 52,5 %, odpovědělo zřídka. Dalších 19 odpovědí, což je 47,5 %, odpovědělo často. Možnosti velmi často nebo nesetkávám se nevyplnil ani jeden zdravotnický pracovník.

Otázka č. 4 – Je pro Vás těžké pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi?



Graf č. 4 - Náročnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi



Graf č. 4 I - Náročnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi – srovnání

Graf číslo 4 zkoumá, zda je pro vzorek 40 zdravotnických pracovníků náročné pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi.

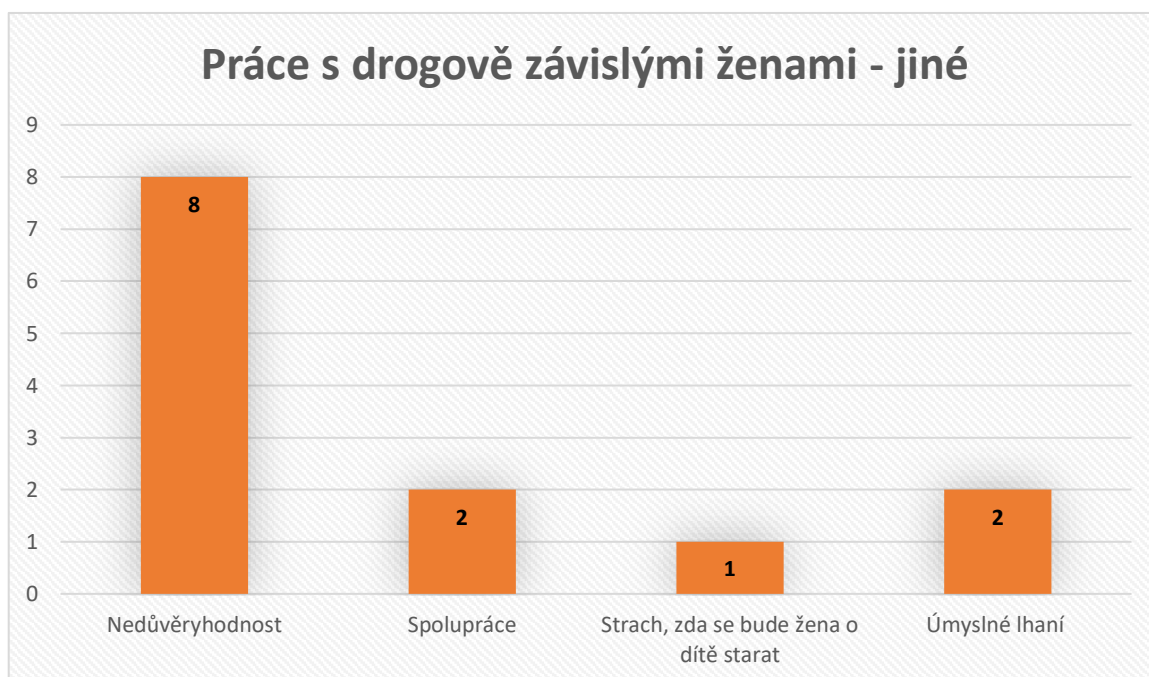
18 respondentů, tj. 45 %, považuje práci s drogově závislými ženami a jejich dětmi za náročnou. 22 respondentů, což představuje 55 %, nepovažuje práci s drogově závislými ženami a jejich dětmi jako náročnou.

Graf číslo 4 I představuje odlišné názory lékařů a sester. Všichni respondenti na lékařských pozicích, tedy 100 % lékařů, odpovědělo, že pro ně není těžké pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi. Oproti tomu pro 18 respondentů na sesterské pozici, tedy 60 % sester, odpovědělo, že je pro ně těžké pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi.

Otázka č. 5 – Co je pro Vás nejtěžší na práci s těmito ženami? (Je možná volba více odpovědí.)



Graf č. 5 I - Práce s drogově závislými ženami



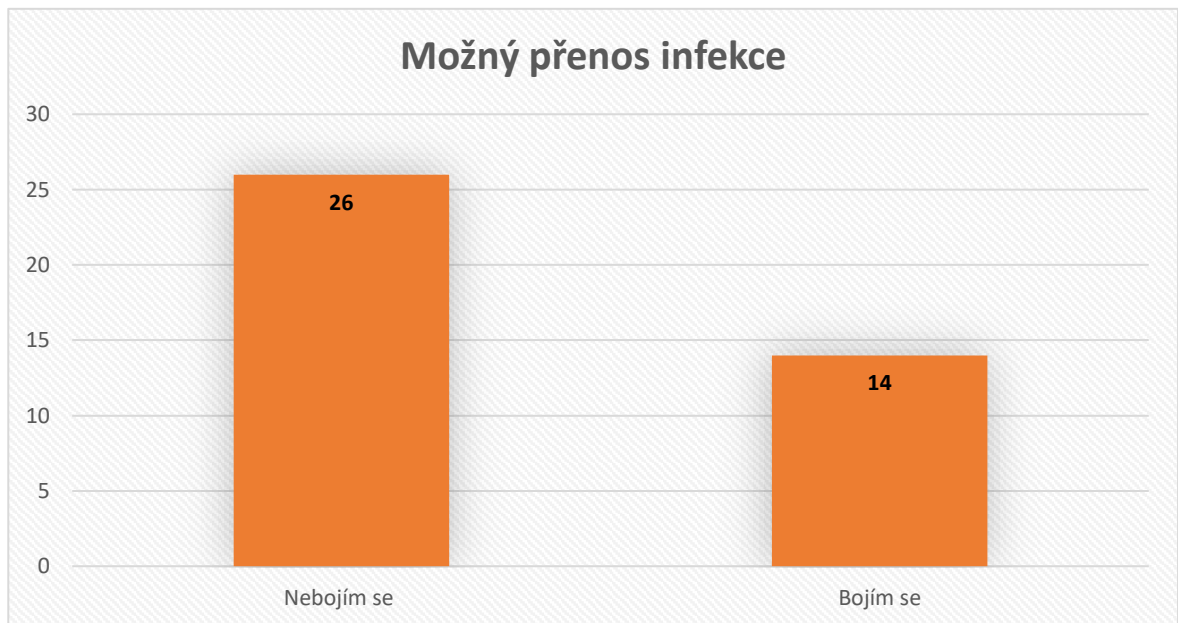
Graf č. 5 II - Práce s drogově závislými ženami - jiné

Graf číslo 5 I zjišťuje, co je na práci s drogově závislými ženami nejtěžší. Vzorek respondentů měl na výběr z více možností a mohl i doplnit svou vlastní odpověď. Graf číslo 5 II znázorňuje jednotlivé odpovědi respondentů z možnosti jiné – své vlastní odpovědi.

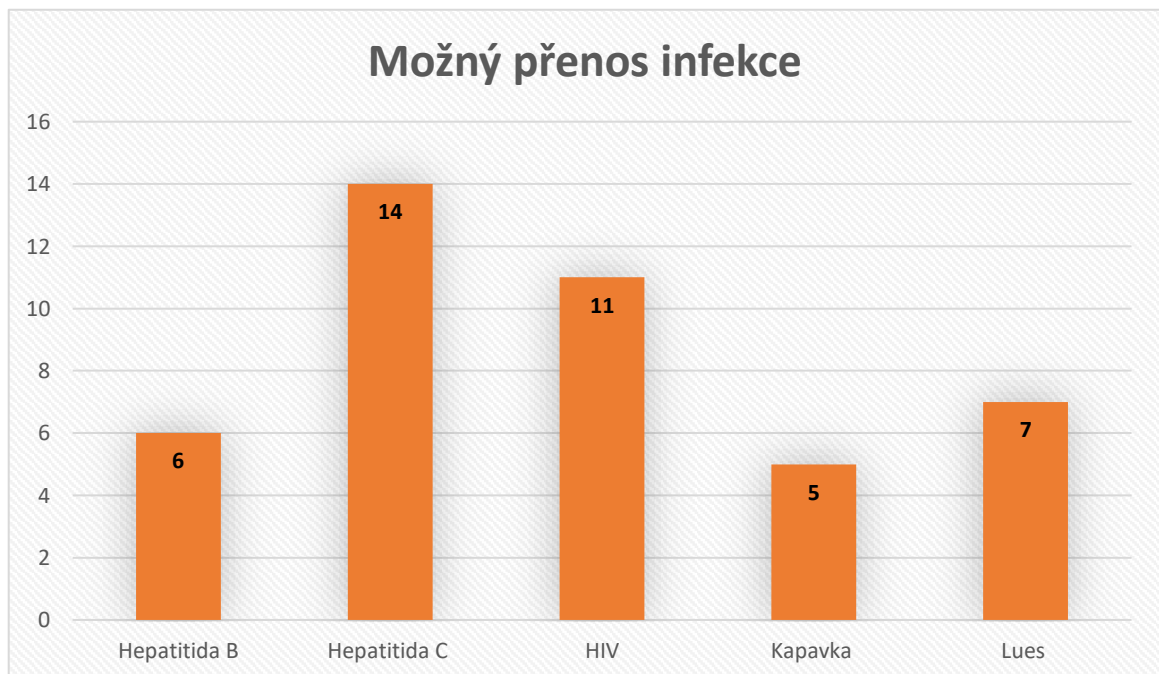
Pro 28 respondentů, což odpovídá 46,7 % všech odpovědí, je na práci s drogově závislými ženami těžká komunikace. Pro 8 respondentů, tj. 13,3 % všech odpovědí, je těžké učení provádění běžných činností v péči o dítě. Pro 6 respondentů, to znamená 10 % všech odpovědí, je nejtěžší strach z možného přenosu infekce. Pro 5 respondentů, tj. 8,3 % ze všech odpovědí, není rozdíl v péči o drogově závislé ženy oproti zdravým ženám.

13 respondentů, představující 21,7 % všech odpovědí, využilo možnost vlastní odpovědi. Mezi ty patří nedůvěryhodnost ženy, která je těžká pro 8 respondentů, tj. 61,5 % ze všech odpovědí dané skupiny. Další odpovědí byla těžká spolupráce s těmito ženami, kterou označili 2 respondenti, což je 15,4 %. 1 respondent, tj. 7,7 %, pak odpověděl strach, zda se bude žena o dítě starat a 2 respondenti, představující 15,4 %, označili úmyslné lhaní drogově závislé ženy.

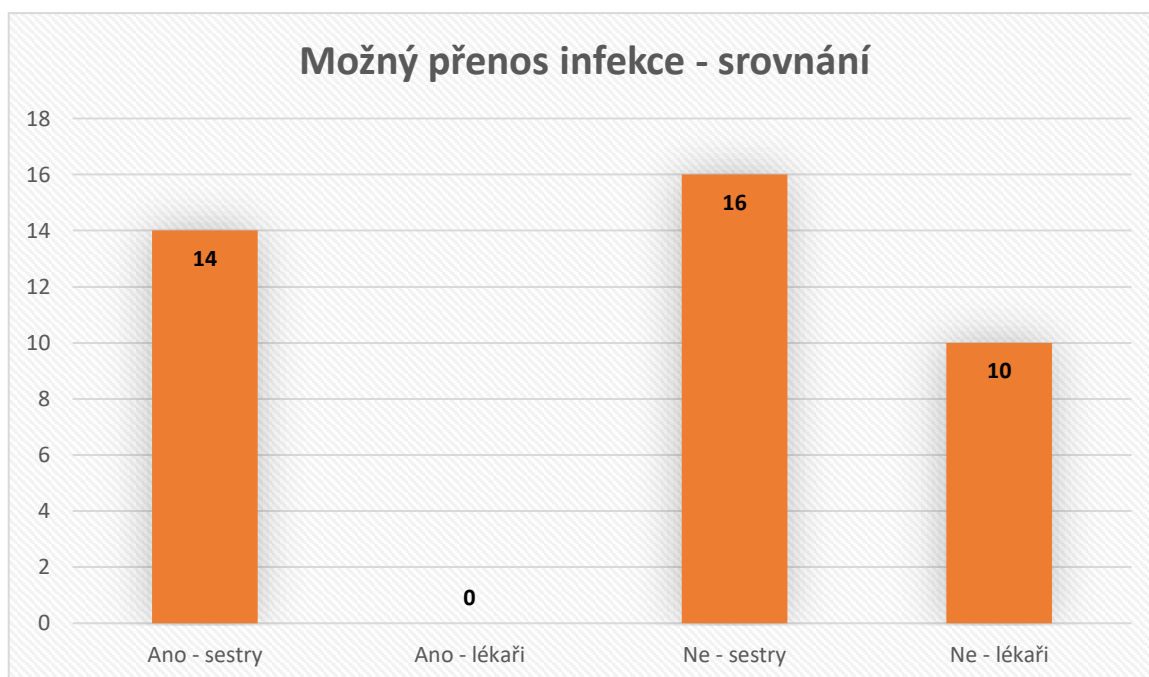
Otázka č. 6 – Bojíte se možného přenosu infekce?



Graf č. 6 I - Možný přenos infekce



Graf č. 6 II - Možný přenos infekce



Graf č. 6 III - Možný přenos infekce – srovnání

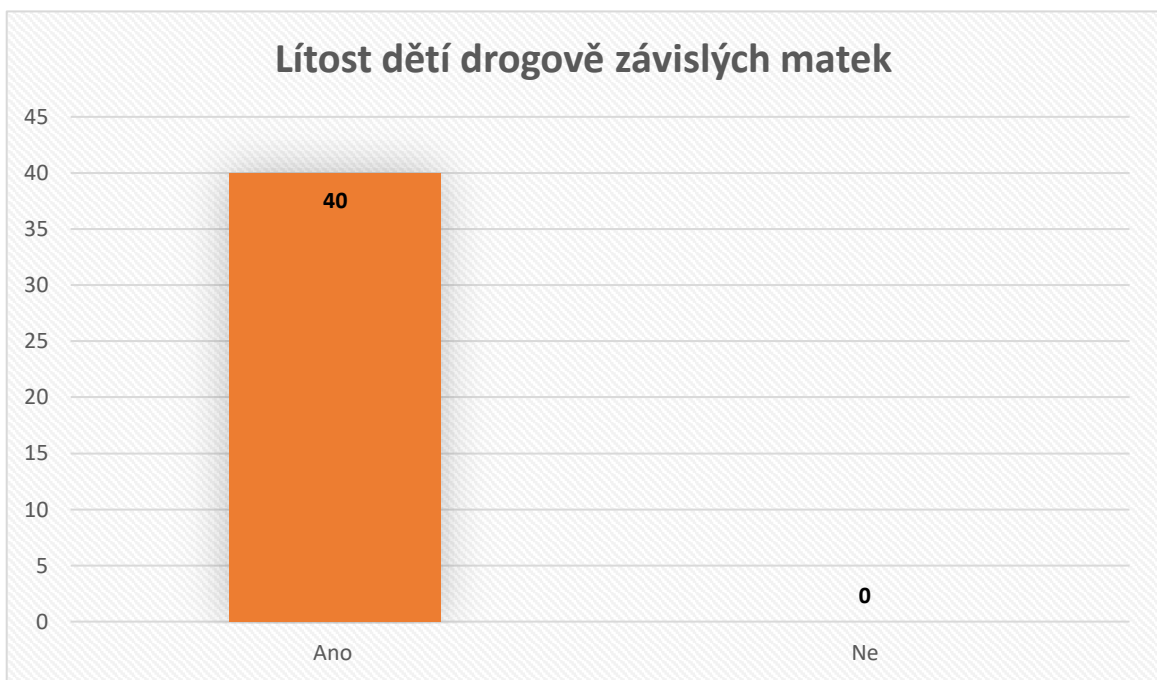
Graf číslo 6 představuje strach respondentů z možného přenosu infekce od drogově závislé ženy. Otázka číslo 6 je rozdělena na graf č. 6 I, který rozděluje celkový počet respondentů podle toho, zda mají nebo nemají strach z nákazy. Graf č. 6 II pak rozděluje strach z možného přenosu konkrétních infekcí u těch respondentů, kteří označili, že se možné nákazy bojí, tato skupina mohla označit více možností. Graf číslo 6 III slouží ke srovnání odpovědí lékařů a sester.

V grafu č. 6 I je znázorněno, že 26 respondentů, tj. 65 % z celkového vzorku, se možné nákazy nebojí. Zbýlých 14 respondentů, představujících 35 %, se přenosu možné nákazy při práci s drogově závislými ženami bojí.

V grafu číslo 6 II označilo 6 respondentů, tj. 14 % z celkového počtu odpovědí této skupiny, obavy z hepatitidy B. 14 odpovědí, tj. 32,6 % z celkového počtu odpovědí této skupiny, se bojí možného přenosu hepatitidy C. 11 respondentů, představujících 25,6 %, se obává možného přenosu HIV. 5 odpovědí, tj. 11,6 %, označilo obavu z přenosu kapavky a 7 respondentů, tj. 16,3 % z celkového počtu odpovědí této skupiny, se bojí přenosu lues (syfilis).

Graf číslo 6 III ukazuje, že 10 lékařů, tj. 100 % lékařů, se nebojí možného přenosu infekce. 14 sester, tj. 47 % sester, se možného přenosu infekce obává.

Otázka č. 7 – Litujete děti drogově závislých matek?

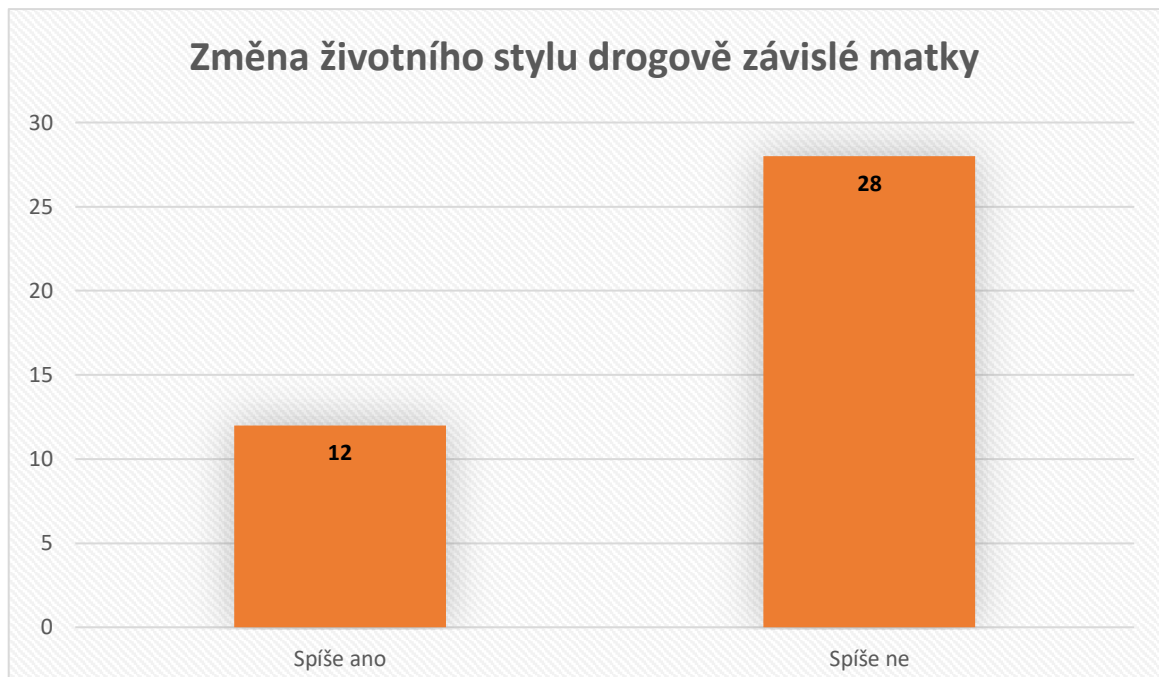


Graf č. 7 - Lítost dětí drogově závislých matek

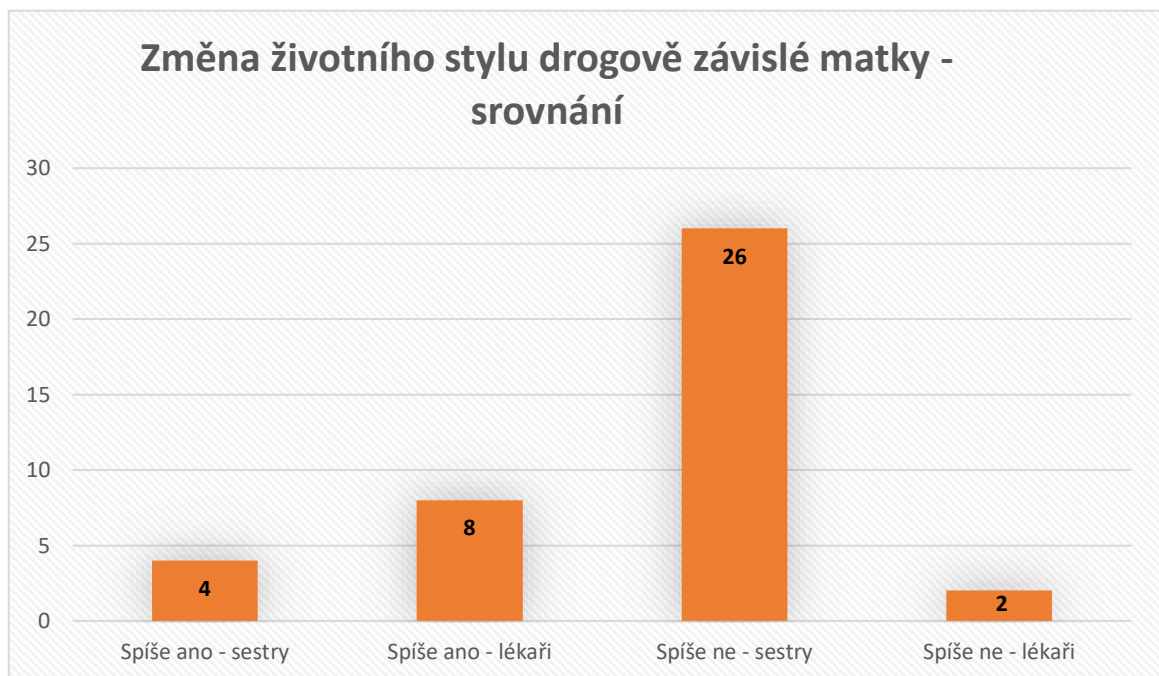
Graf číslo 7 zjišťuje, zda je zdravotnickým pracovníkům líto dětí drogově závislých matek.

40 respondentů, tedy 100 % z celkového vzorku odpovědí, odpovědělo ano. Nikdo z respondentů neodpověděl ne.

Otázka č. 8 - Věříte, že se drogově závislá matka po porodu změní a k drogám se již nevrátí?



Graf č. 8 - Změna životního stylu drogově závislé matky



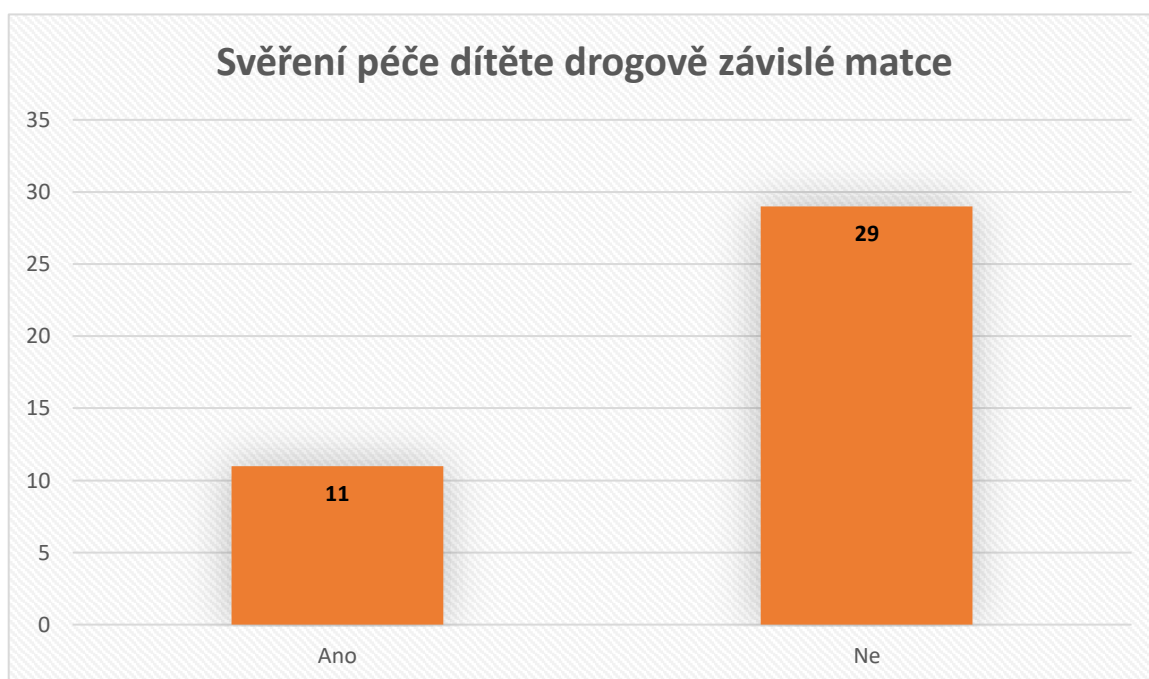
Graf č. 8 I - změna životního stylu drogově závislé matky - srovnání

Graf číslo 8 se zaměřuje na to, zda respondenti věří, že se závislá žena po porodu změní a k drogám se již nevrátí. Graf číslo 8 I popisuje srovnání odpovědí lékařů a sester.

12 respondentů, to znamená 30 % z celé skupiny respondentů, si myslí, že se žena dokáže změnit a k drogám se dokáže nevrátit. 28 odpovědí, tj. 70 % ze všech respondentů, si myslí, že se žena spíše nezmění a nedokáže se závislých látek po porodu vzdát.

V grafu číslo 8 I vidíme, že 8 lékařů, tj. 80 % lékařů, věří, že se žena po porodu změní a k drogám se již nevrátí. Oproti tomu 26 sester, tj. 87 % všech sester, si myslí, že se žena po porodu nedokáže změnit a k drogám se opět vrátí.

Otázka č. 9 – Souhlasíte se svěřením péče dítěte matce, která je drogově závislá?



Graf č. 9 - Svěření péče dítěte drogově závislé matce



Graf č. 9 I - Svěření péče dítěte drogově závislé matce - srovnání

Graf číslo 9 znázorňuje, zda vybraný vzorek respondentů souhlasí se svěřením dítěte drogově závislé matce. Graf číslo 9 I srovnává názory zdravotních sester a lékařů.

11 respondentů, což je 27,5 % z celkového vzorku, souhlasí se svěřením péče dítěte drogově závislé matky. Zbýlých 29 respondentů, tj. 72,5 % z celkového vzorku, nesouhlasí se svěřením dítěte drogově závislé matce.

V grafu číslo 9 I odpovědělo 8 lékařů, tj. 80 % lékařů, že souhlasí se svěřením péče dítěte drogově závislé matce. 27 zdravotních sester, tj. 90 % zdravotních sester, nesouhlasí se svěřením dítěte drogově závislé matce.

Otázka č. 10 – Jaké kritérium je pro Vás nejzásadnější, kdy by dítě nemělo být předáno do péče matky? (Je možná volba více odpovědí.)

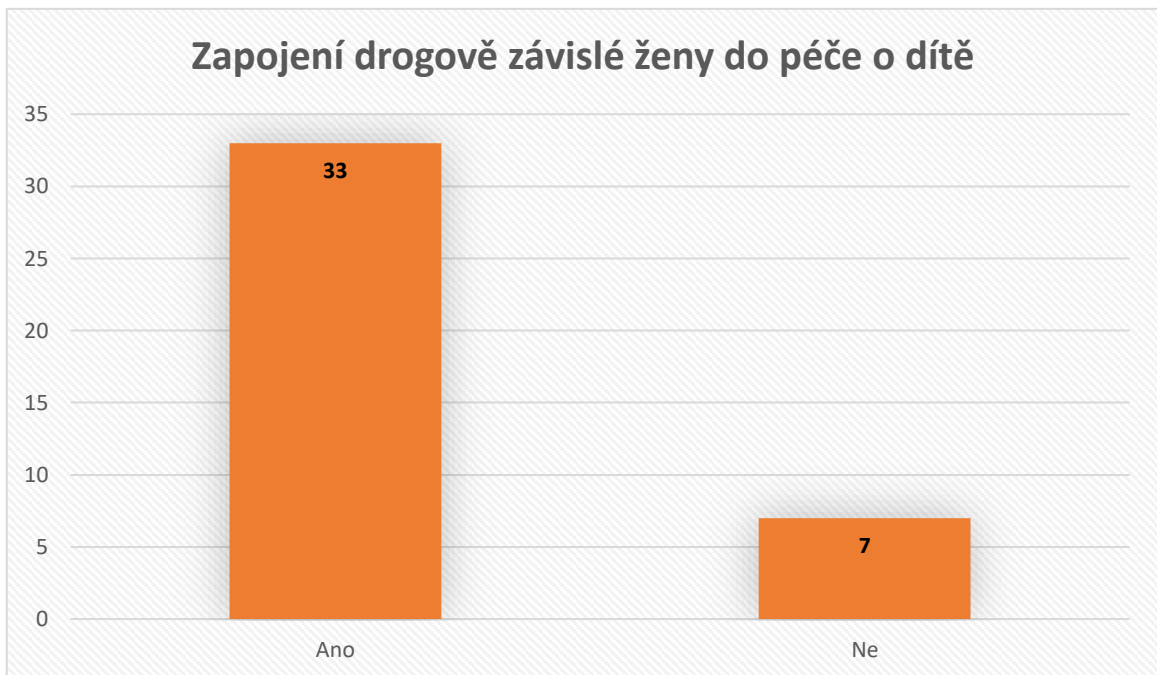


Graf č.. 50 - Kritérium pro nesvěření dítěte drogově závislé matky

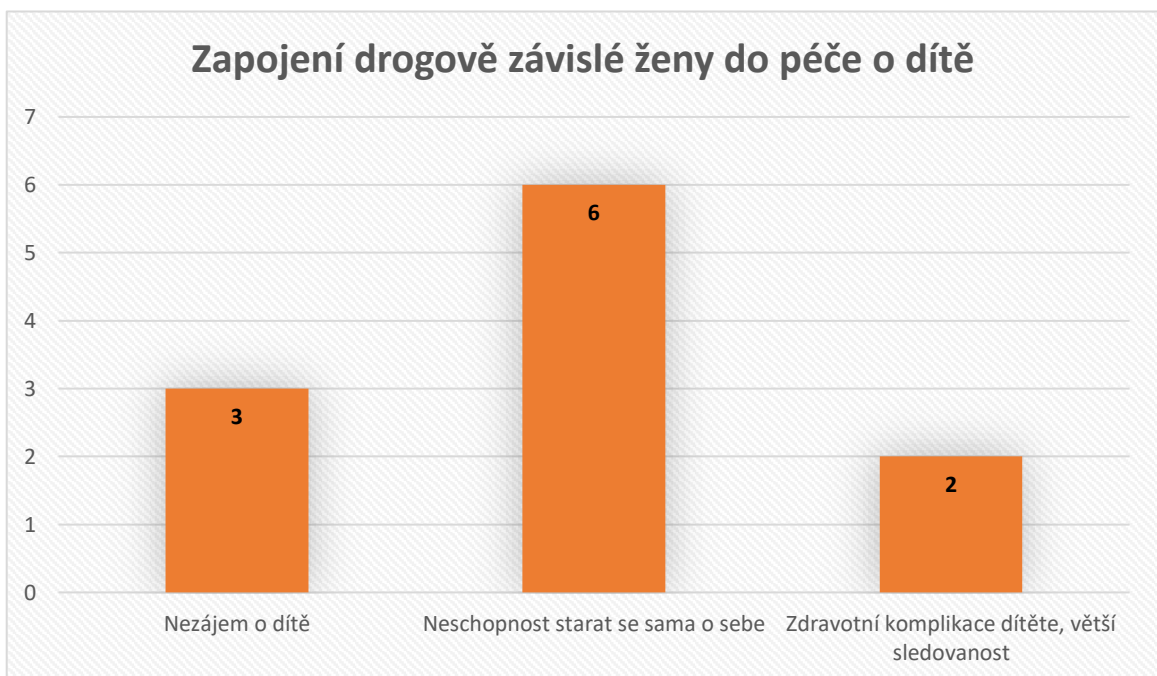
Graf číslo 10 znázorňuje jaká kritéria jsou pro celkový vzorek respondentů důležitá v rámci svěření dítěte drogově závislé matce. U této otázky byla možná volba více odpovědí.

36 respondentů, což odpovídá 31 % ze všech odpovědí, označilo stálé užívání návykových látek. Pro 26 respondentů, tj. 22 % všech odpovědí, je důležitým kritériem pro nesvěření dítěte do péče matky nezájem o dítě. 25 respondentů, tj. 21 % všech odpovědí, považuje za důležité nedostatečné sociální zázemí ženy. Pro 31 respondentů, tj. 26 %, je důležitým bodem pro nesvěření dítěte do péče matky agresivní chování matky (např. při abstinenčních příznacích).

Otázka č. 11 – Zapojujete maminku do péče o dítě stejně jako maminku zdravou? Pokud ne, uveďte proč.



Graf č. 11 I - Zapojení drogově závislé ženy do péče o dítě



Graf č. 11 II - Zapojení drogově závislé ženy do péče o dítě

Graf číslo 11 I znázorňuje, zda zdravotničtí pracovníci zapojují drogově závislé matky do péče o jejich dítě stejně, jako ženy zdravé. Graf číslo 11 II vysvětluje u

respondentů, kteří nezapojují drogově závislou matku stejně jako ženu zdravou, proč tomu tak je.

U grafu číslo 11 I odpovědělo 33 respondentů, což je 82,5 % z celkového vzorku, že zapojují drogově závislou ženu do péče o její dítě stejně jako ženu zdravou. Zbýlých 7 respondentů, tedy 17,5 %, odpovědělo, že drogově závislou ženu nezapojují stejně jako ženu zdravou.

Graf číslo 11 II ukazuje, že 3 respondenti, tj. 27 % ze všech 11 odpovědí, nezapojuje drogově závislou ženu do péče o dítě kvůli samotnému nezájmu ženy v péči o dítě. 6 respondentů, tj. 55 %, se přiklonilo k odpovědi, proč nezapojuje drogově závislou ženu do péče o dítě stejně, neschopnost postarat se sama o sebe. 2 respondenti, tj. 18 %, nezapojuje drogově závislou ženu do péče kvůli zdravotním komplikacím dítěte a jeho větší sledovanosti.

Otázka č. 12 – Považujete možnosti následné péče jako dostatečné?

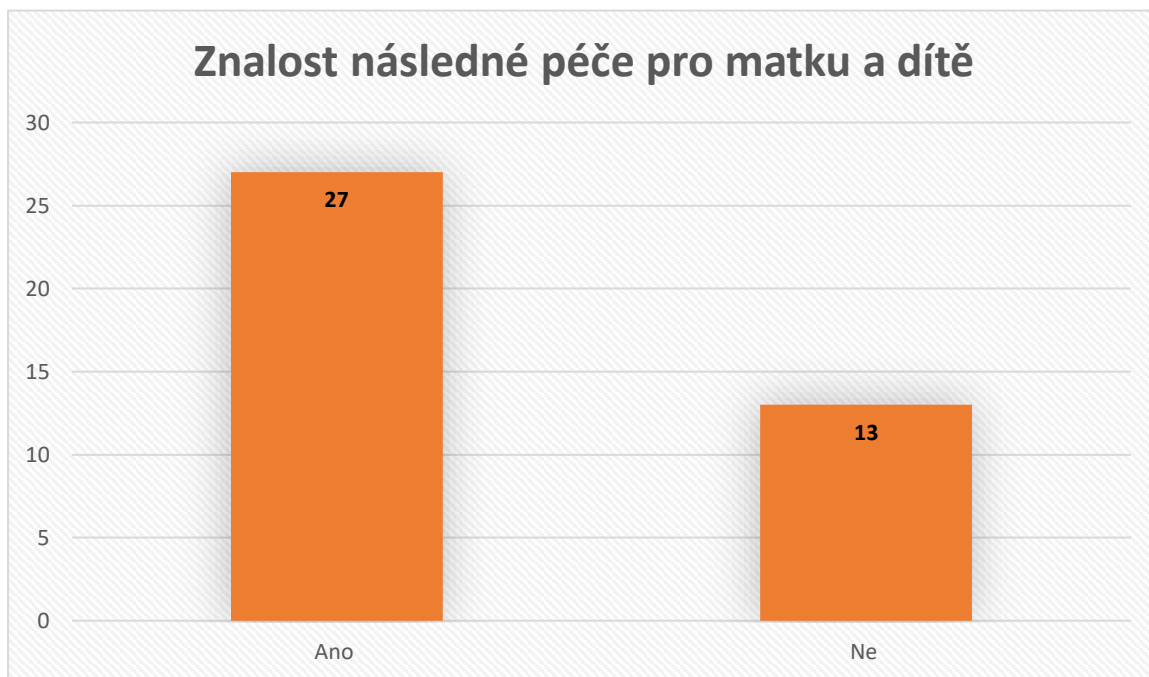


Graf č. 12 - Možnosti následné péče

Graf číslo 12 posuzuje, zda celkový vzorek respondentů považuje možnosti následné péče o drogově závislé matky a jejich děti jako dostatečné.

9 respondentů, tj. 22,5 % z celkového vzorku, považuje možnosti následné péče jako dostatečné. Zbýlých 31 respondentů, představující 77,5 %, odpovědělo, že možnosti následné péče nepovažují za dostatečné.

Otázka č. 13 – Znáte nějaké možnosti následné péče pro matku a dítě? Pokud ano, uveďte jaké.



Graf č. 13 I - Znalost následné péče pro matku a dítě



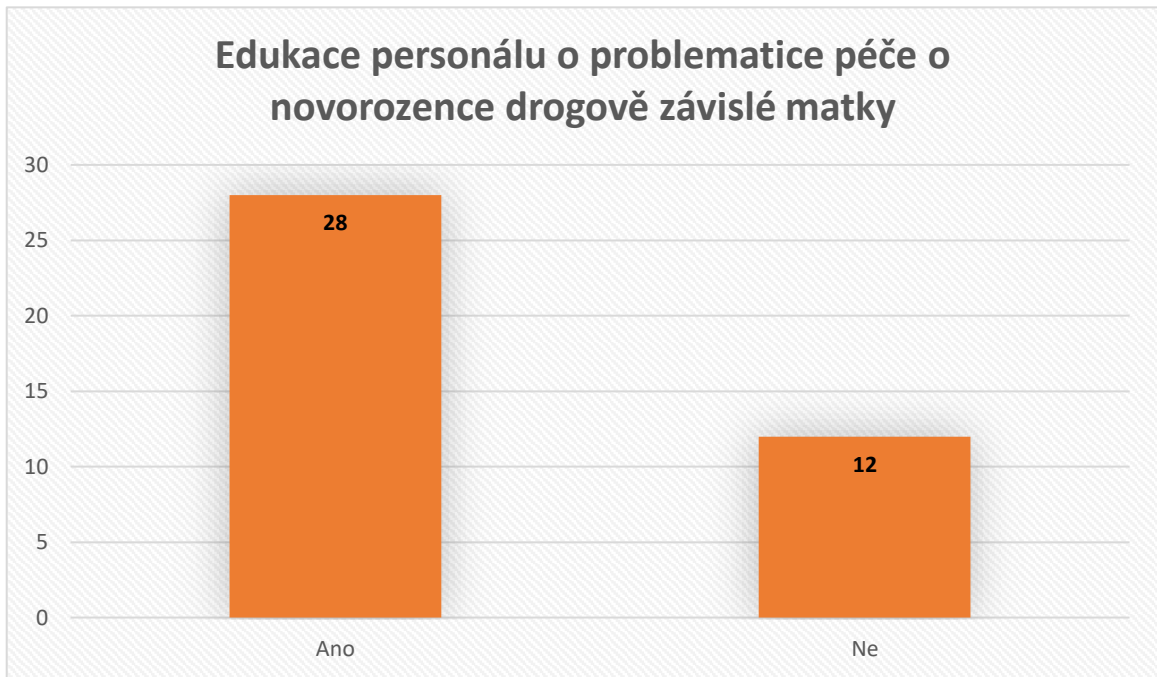
Graf 13 II - Znalost následné péče pro matku a dítě

Graf číslo 13 I zjišťuje, zda daný vzorek respondentů zná možnosti následné péče pro matku a dítě. Graf číslo 13 II podrobněji zobrazuje, jaké přesně možnosti následné péče respondenti znají.

V grafu číslo 13 I odpovědělo 27 respondentů, což odpovídá 67,5 % všech respondentů, že znají nějaký způsob následné péče pro závislou matku a její dítě. Zbýlých 13 respondentů, tj. 32,5 %, odpovědělo, že nezná žádnou možnost následné péče pro drogově závislou matku a její dítě.

V grafu číslo 13 II vyšlo celkem 47 odpovědí, které odpovídají 100 % odpovědí. 12 respondentů, tj. 26 %, zná možnost následné péče v organizaci SANANIM. 2 respondenti, což odpovídá 4 %, zná terapeutickou komunitu Karlov. 22 respondentů, tj. 47 % ze všech odpovědí, má povědomí o možnosti následné péče v Sulické ulici, které zajišťuje Dětské centrum v Krči. 4 respondenti, tj. 9 %, považuje za možnosti následné péče azylové domy. 3 respondenti, tj. 6 %, znají jako možnosti následné péče pěstounskou péči. 2 respondenti, tj. 4 %, odpovědělo kojenecké ústavy. 1 respondent, tj. 2 %, odpověděl adiktologické sledování matky. 1 respondent, tj. 2 %, odpověděl možnost využití OSPODu.

Otázka č. 14 – Myslíte si, že jako ošetřující personál jste dostatečně edukován/a o problematice péče o novorozence matky závislé na drogách?

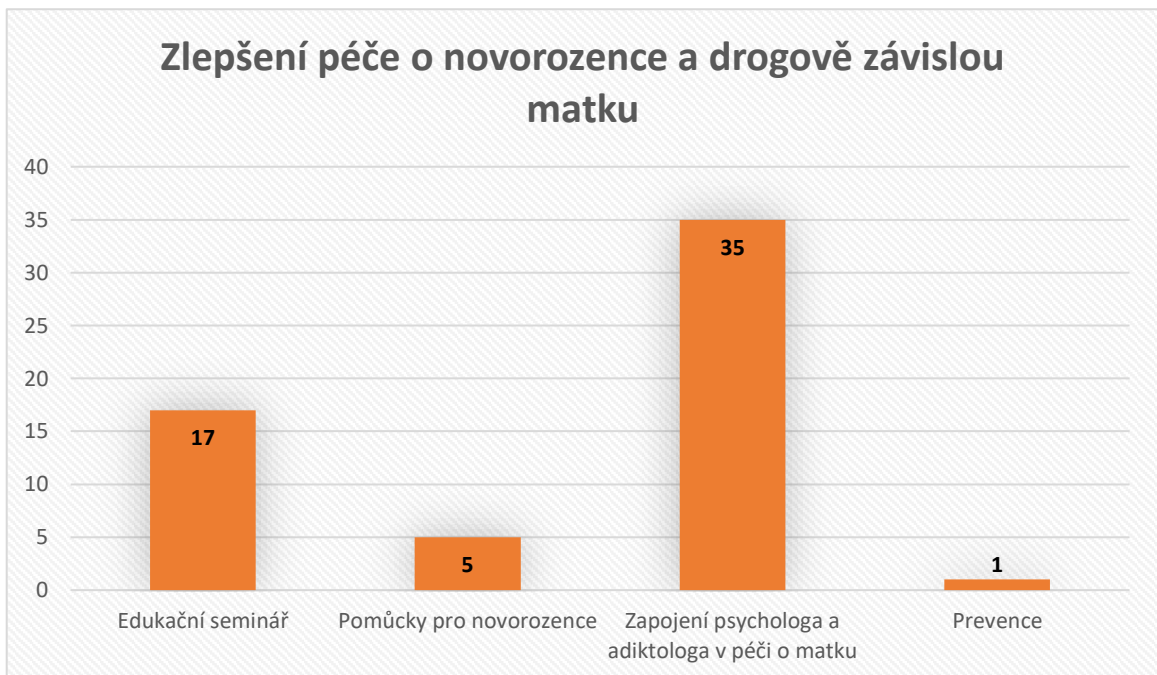


Graf č. 14 - Edukace personálu o problematice péče o novorozence drogově závislé matky

Graf číslo 14 zjišťuje, zda je daný vzorek respondentů dostatečně edukován o problematice péče o novorozence matky závislé na drogách.

28 respondentů, tj. 70 % z celku, považuje edukaci o této problematice jako dostatečnou. 12 respondentů, tj. 30 % z celku, nepovažuje edukaci o problematice péče o novorozence matky závislé na drogách jako dostatečné.

Otázka č. 15 – Co si myslíte, že by v péči o takového novorozence a jeho matku nejvíce pomohlo? (Je možná volba více odpovědí.)



Graf č. 15 - Zlepšení péče o novorozence a drogově závislou matku

Graf číslo 15 se zaměřuje na to, co si celkový vzorek respondentů myslí, že by v péči o takového novorozence a jeho matku nejvíce pomohlo. Respondenti zde měli možnost výběru více odpovědí.

17 respondentů, tj. 29 % ze všech odpovědí, si myslí, že by pomohl edukační seminář pro zdravotnické pracovníky. 5 respondentům, to znamená 9 %, by pomohly pomůcky pro novorozence. 35 respondentů, což je 60 %, by uvítalo zapojení psychologa a adiktologa v péči o matku. 1 respondent, tj. 2 %, podotkl, že by nejvíce pomohla samotná prevence.

5.4. Diskuze

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jaký je přístup zdravotníků k drogově závislým ženám a jejich dětem na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Jelikož výzkum probíhal jen na oddělení neonatologie výše uvedené kliniky, účastnilo se mého výzkumného šetření pouze 40 respondentů.

Otázka č. 1 rozdělila celkový vzorek respondentů na sesterské a doktorské pozice, které slouží ke srovnání odpovědí právě sesterských a lékařských pozic u některých otázek. V otázce č. 2 jsem se ujistila, že se každý z respondentů ve své práci už někdy setkal s drogově závislou matkou a jejím dítětem. Otázka č. 3 doplňovala předešlou otázku, a to jak často se s drogově závislými ženami a jejich dětmi zdravotničtí pracovníci setkávají.

Mezi dílčí cíle mé práce patřilo zjistit spolupráci drogově závislých žen se zdravotníky v péči o jejich děti. Tomu jsem se věnovala v následujících dvou otázkách. Ve čtvrté otázce jsem se zajímala o to, jestli je pro vzorek respondentů těžké pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi. Více respondentů odpovědělo, že jim práce s drogově závislými ženami nevádí, ale pro 45 % je práce s těmito ženami těžká. Ve srovnání odpovědí lékařů a sester, 100 % lékařů odpovědělo, že pro ně není těžké pracovat s drogově závislými ženami, oproti tomu 60 % sester odpovědělo, že práce s těmito ženami a jejich dětmi těžká je. Dle mého názoru se tak děje z důvodu toho, že sestry tráví s pacientkami více času, provádí s nimi více běžných činností a pomáhají jim starat se o dítě.

Jako nejvíce náročnou považují respondenti komunikaci s těmito ženami, na což jsem se zaměřovala v 5. otázce. Pro zdravotnické pracovníky je ovšem těžká i nedůvěryhodnost žen a učení provádění běžných činností v péči o dítě. Ne všechny závislé ženy jsou samozřejmě stejné, ale myslím si, že tady respondenti vycházeli z předešlých zkušeností.

Jako další cíl mého výzkumného šetření patřilo zjistit možný strach zdravotníků z ošetrovatelské péče o drogově závislé ženy. Zdravotničtí pracovníci se nejvíce obávají možného přenosu infekce, kterému jsem se více věnovala v 6. otázce, kde jsem zkoumala, zda se respondenti bojí možného přenosu infekce. Více než polovina respondentů se přenosu infekce neobává. Zbylých 14 respondentů se nejvíce obává přenosu hepatitidy C a HIV. V této otázce jsem opět použila srovnání obav sester a lékařů. 100 % lékařů nemá obavu z možného přenosu infekce, oproti tomu 47 % sester se možného přenosu infekce obává. Myslím si, že to může být opět dáno větším kontaktem sester s drogově závislými ženami a jejich dětmi, a také nedostatečnou edukací o formě přenosu infekce, popřípadě nesprávným používáním ochranných pomůcek.

Také mě zajímalo, jestli respondenti litují děti drogově závislých matek a jestli věří, že se závislá matka po porodu změní a k drogám se již nevrátí. Tady jsem opět použila

srovnání odpovědí sester a lékařů. 80 % lékařů si myslí, že se žena po porodu dokáže změnit, zatímco 87 % sester se obává, že to žena nedokáže.

Všichni respondenti děti litují, ale více než polovina respondentů nevěří, že se závislá matka po porodu změní. Více než polovina respondentů ani nesouhlasí se svěřením dítěte do péče matce, která je drogově závislá. Co se týče odpovědí lékařů a sester, 80 % lékařů by dítě do péče matky svěřilo a 90 % sester nesouhlasí se svěřením péče dítěte matce závislé na drogách. Mezi důležitá kritéria, kdy by dítě nemělo být předáno do péče matky je stále užívání návykových látek, agresivní chování matky, nezáměr o dítě a nedostatečné sociální zázemí ženy.

Mně mě překvapilo, že většina respondentů zapojuje drogově závislou matku do péče stejně jako matku zdravou. Mezi důvody, proč tomu tak není, je nezáměr o dítě, neschopnost postarat se sama o sebe nebo zdravotní komplikace dítěte a jeho větší sledovanost.

Dále jsem se zabývala možnostmi následné péče, což také patřilo mezi dílčí cíl mého výzkumného šetření. Více než polovina respondentů nepovažuje možnosti následné péče jako dostatečné a skoro 33 % respondentů nezná žádné možnosti následné péče pro matku a dítě. Dle mého názoru je dostatek možností následné péče pro matku a dítě, jen by bylo potřeba, aby se toto téma dostalo více do povědomí laické i odborné veřejnosti. Nejvíce respondentů má povědomí o dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií v Sulické ulici.

Více než polovina respondentů si myslí, že je zdravotnický personál dostatečně edukován o problematice péče o novorozence matky závislé na drogách. V péči o takového novorozence by dle respondentů nejvíce pomohlo zapojení psychologa a adiktologa v péči o matku. Dále by pomohlo více edukačních seminářů a 5 respondentům by se líbily i pomůcky pro novorozence. Jeden respondent podotkl, že by nejvíce pomohla samotná prevence drogové závislosti. To znamená předcházet drogové závislosti, edukovat mládež nebo například předložit názorné kazuistiky.

6. Závěr

Tato teoreticko-praktická práce se zabývá drogově závislými ženami, jejich dětmi a celkovým přístupem zdravotnických pracovníků k těmto ženám na 1. LF UK a VFN v Praze.

V teoretické části byly probrány návykové látky užívané v těhotenství. Zmínily se zde legální drogy, jako alkohol a tabák, a také drogy nelegální. Mezi nelegální drogy patří např. pervitin, kokain, opiáty nebo benzodiazepiny. Dále se v bakalářské práci popisuje možný rozvoj novorozeneckého abstinčního syndromu, jeho projevy, možné následky pro novorozence a jeho léčbu. Krátce byl zmíněn i fetální alkoholový syndrom, který může vzniknout po závislosti na alkoholu. Poslední část se zabývala možnostmi následné péče pro tyto ženy. Byli zde popsány např. organizace SANANIM, terapeutická komunita Karlov nebo Dětské centrum v Thomayerově nemocnici.

Praktická část hodnotila dotazníkové šetření určené zdravotnickým pracovníkům na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Dotazníky se zaměřovaly na přístup zdravotníků k drogově závislým matkám a jejich dětem. Zkoumaly, zda respondenti souhlasí se svěřením dětí do péče závislým matkám, zda se ženy po porodu změní nebo jestli znají některé druhy následné péče. Pozornost v dotaznících se také věnovala edukaci personálu a možnostech zlepšení péče o drogově závislou matku a novorozence. Stanovených cílů bylo dosaženo a všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Seznam použité literatury

1. *After in, centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, ú.z.* [online]. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.afterin-adiktologie.cz/>
2. *Anima terapie, z.ú.* [online], 2016-2023. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.anima-terapie.cz/>
3. CASPER, T. a M. ARBOUR. Evidence-Based Nurse-Driven Interventions for the Care of Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome. *J. Advances in Neonatal Care*. [online]. Dec, 2014, **14**(6), 376-80 [cit. 2023-10-29] DOI:10.1097/ANC.000000000000118.
4. DĚTSKÉ CENTRUM S KOMPLEXNÍ PÉČÍ A PODPŮRNOU RODINNOU TERAPIÍ. In: *Fakultní Thomayerova nemocnice* [online]. c2016-2023 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/detske-centrum-s-komplexni-peci-a-podpurnou-rodinnou-terapii-42/>
5. DISHER T et al. Pharmacological Treatments for Neonatal Abstinence Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* [online]. March 1, 2019, **173**(3), 234-243.[cit. 2023-12-05]. DOI 10.1001/jamapediatrics.2018.5044.
6. DOKOUPILOVÁ, Milena a Jiří ZACH. Novorozenecký abstinenci syndrom. *Doporučený postup české neonatologické společnosti*. [online]. 2021, 8s. Praha: Česká neonatologická společnost České Lékařské Společnosti JEP. [cit. 2023-10-20]. Dostupné z: https://cneos.cz/wpcontent/uploads/2022/08/NAS_2021.pdf
7. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
8. HALL et al.. A Cohort Comparison of Buprenorphine versus Methadone Treatment for Neonatal Abstinence Syndrome. *The Journal of pediatrics* [online]. March, 2016, **170**, 39-44 [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://www.jpeds.com/action/showPdf?pii=S0022-3476%2815%2901451-1>
9. HUDAK, M. L. a R. C. TAN. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* [online]. Feb 2012, **129**(2), 540-560 [cit. 2023-10-30]. ISSN 1098-4275. DOI 10.1542/peds.2011-3212.
10. KACHLOVÁ, Miroslava, Jana KUČOVÁ a Veronika PETRÁŠOVÁ. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada, 2022. 184 s. ISBN 978-80-271-3176-1.
11. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie. 1. vyd.* Praha : Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
12. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
13. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
14. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství. Třetí, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Galén, 2006. 1174 s. ISBN 807262430X.
15. Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy - otázky a odpovědi*. Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
16. KRAFT W. K. et al. Sublingual Buprenorphine for Treatment of Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Trial. *Pediatrics* [online]. September, 2008, **122**(3), e601-e607 [cit. 2023-12-05]. DOI 10.1542/peds.2008-0571.
17. KRAFT W. K. Buprenorphine in Neonatal Abstinence Syndrome. *Clin Pharmacol Ther* [online]. 2019, **103**(1), 112-119 [cit. 2023-12-05]. DOI 10.1002/cpt.930

18. MACMULLEN, Nancy J., Laura A. DULSKI a Paul BLOBAUM. Evidence-Based Interventions For Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatric Nursing* [online]. July-August, 2014, **40**(4), 168-171 [cit. 2023-10-25]. ISSN 0097-9805. Dostupné z: <https://fullcircleadoptions.org/wp-content/uploads/2017/08/Evidence-Based-Interventions-for-Neonatal-Abstinence-Syndrome.pdf>
19. MANGAT, A. K., G. M. SCHMÖLZER. Pharmacological and non-pharmacological treatments for the Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). *Seminars in fetal & neonatal medicine* [online]. 2019, **24**(2), 133–141. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.01.009>
20. MCQUEEN, K., J. MURPHY-OIKONEN. Neonatal Abstinence Syndrome. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2016, **375**(25), 2468-2479 [cit. 2023-10-28], DOI 10.1056/NEJMra1600879.
21. NEDVĚDOVÁ Daniela a Gabriela SVĚTNICKÁ. Užívání návykových látek v těhotenství a jejich vliv na novorozence. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. 2020, **3**(2), 23-30. [cit. 2023-11-01]. ISSN 2571-0702. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2020/02/02.pdf>
22. NEŠPOR, Karel a Andrea SCHEANSOVÁ. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR* [online]. 2010, **20**(6): 32-38. [cit. 2023-10-31]. Dostupné z: <http://andreascheansova.cz/wp-content/uploads/2013/02/alkohol-tabak-a-jine-navykovye-latky-a-reprodukcní-rizika.pdf>
23. NOVOMESKÝ, František. *Drogy : História - Medicína - Právo*. Advent-Orion, 1996. 120 s. ISBN 80-88719-49-6.
24. NOVOTNÝ, J. a Z. NOVOTNÝ. Současné trendy v diagnostice fetálního alkoholového syndromu. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2009, **64**(5), 251-255. [cit. 2023-10-31]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc07528370>
25. Perinatal Services BC. *Care of the Newborn Exposed to Substances During Pregnancy* [online]. November, 2020, 1-35 [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <file:///C:/Users/sklen/Desktop/%C5%A0kola1/Vysok%C3%A1%20%C5%A1kola%20-%20Praha/3.%20ro%C4%8Dn%C3%ADk/Bakal%C3%A1%C5%99ka/zdroje%20MUDr.%20Luk%C5%A1ov%C3%A1/Practice%20Resource%20ESC WEB%202020 11 20.pdf>
26. POPOV, Petr. Následná péče o matky se závislostí a jejich děti. *Šance dětem* [online]. 12.11.2018, 16.10.2023 [cit. 2023-11-03]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/nasledna-pece-o-matky-se-zavislosti-jejich-deti>
27. PRESLOVÁ, Ilona. Metodický manuál práce OSPOD s drogově závislými klienty (se zaměřením na ženy a matky). *Manuál pro pracovníky Krajského úřadu Olomouckého kraje* [online]. 2015 [cit. 2023-11-03]. Dostupné z: <file:///C:/Users/sklen/Downloads/metodicky-manual-prace-ospod-s-drogove-zavislymi-klienty-se-zamerenim-na-zeny-a-matky.pdf>
28. RUWANPATHIRANA, R et al. Prematurity reduces the severity and need for treatment of neonatal abstinence syndrome. *Acta paediatrica* [online]. May 2015, **104**(5), 188-194 [cit. 2023-10-25]. ISSN 1651-2227. DOI 10.1111/apa.12910.
29. SANANIM. *SANANIM* [online]. c2023 [cit. 2023-11-03]. Dostupné z: <https://www.sanim.cz/>
30. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Těhotná v ordinaci gynekologa*. Mladá fronta, 2011. 204 s. ISBN 978-80-204-2518-8.
31. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. 128 s. ISBN 80-7254-829-8.
32. VELEMÍNSKÝ, Miloš, Blanka ŽIŽKOVÁ a kol. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. 344 s. ISBN 978-80-7387-095-9.

33. ZACHOVÁ, D. Abstinenční syndrom novorozence. *Florence* [online]. 2012, **8**(12), 19-20 [cit. 2023-10-28]. ISSN 1801-464. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/abstinenc-ni-syndrom-novorozence/>

Seznam grafů

Graf č. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 2 – Práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi

Graf č. 3 – Četnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi

Graf č. 4 – Náročnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi

Graf č. 4 I – Náročnost práce s drogově závislými ženami a jejich dětmi – srovnání

Graf č. 5 I – Práce s drogově závislými ženami

Graf č. 5 II – Práce s drogově závislými ženami – jiné

Graf č. 6 I – Možný přenos infekce

Graf č. 6 II – Možný přenos infekce

Graf č. 6 III – Možný přenos infekce – srovnání

Graf č. 7 – Lítost dětí drogově závislých matek

Graf č. 8 – Změna životního stylu drogově závislé matky

Graf č. 8 I – Změna životního stylu drogově závislé matky – srovnání

Graf č. 9 – Svěření péče dítěte drogově závislé matce

Graf č. 9 I – Svěření péče dítěte drogově závislé matce – srovnání

Graf č. 10 – Kritérium pro nesevěření dítěte drogově závislé matky

Graf č. 11 I – Zapojení drogově závislé ženy do péče o dítě

Graf č. 11 II – Zapojení drogově závislé ženy do péče o dítě

Graf č. 12 – Možnosti následné péče

Graf č. 13 I – Znalost následné péče pro matku a dítě

Graf č. 13 II – Znalost následné péče pro matku a dítě

Graf č. 14 – Edukace personálu o problematice péče o novorozence drogově závislé matky

Graf č. 15 – Zlepšení péče o novorozence a drogově závislou matku

Příloha č. 2 – Vyjádření Etické komise



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená pani
Julie Sklenáková
Brandlova 135
695 01 Hodonín

23.1.2024
č.j.: 204/23 S-IV

Vážená pani Sklenáková,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 18.1.2024 Vámi předložený individuální výzkumný projekt
č.j. 204/23 S-IV- bakalářská práce.

Název studie/Title of CT: Přístup zdravotníků k drogově závislým matkám a jejich dětem

Žadatel/Applicant: Julie Sklenáková, Brandlova 135, 695 01 Hodonín, e-mail: sklenakova.j@seznam.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: nespponsorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 20.12.2023

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 18.1.2024 (15:30 –17:10 hod.) –
pozastaveno, bez zasedání; připomínky odeslány e-mailem. Opravené dokumenty dodány pod č.j. 58/23 D. Po kontrole vydáno
dne 23.1.2024 souhlasné stanovisko.

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Julie Sklenáková, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno/ Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Přívodní dopis, 20.12.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 5.12.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, bez data	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k bakalářské práci, bez data	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci, 6.12.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Julie Sklenáková, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58/24 D				
Přívodní dopis, 22.1.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k bakalářské práci, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.

Digitalně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2024.01.23
14:21:04 +01'00'

1/2



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena/ Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Z/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Z/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošnič, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Přemysl Hájek	M/M	Cardiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Z/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Z/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Bc. Inka Dvořáková, MBA	Z/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Z/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Sárka Speciánová	Z/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Z/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Valenta	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn.: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 18.1.2024

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

Výzkumné šetření k bakalářské práci ohledně přístupu zdravotníků k drogově závislým matkám a jejich dětem

Dobrý den, jmenuji se Julie Sklenáková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. K úspěšnému splnění bakalářské práce budu provádět dotazníkové šetření ohledně přístupu zdravotníků k drogově závislým matkám a jejich dětem. Vyplnění dotazníku je dobrovolné, anonymní a bude sloužit pouze ke zpracování bakalářské práce. Byla bych ráda, kdybyste vyplnili můj dotazník a pomohli mi s výzkumem. Předem děkuji za vyplnění.

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské vzdělání
- Vyšší odborná škola (Dis.)
- Bakalářské vzdělání (Bc.)
- Magisterské vzdělání (Mgr.)
- Magisterské vzdělání (MUDr.)
- Doktorské vzdělání (Ph.D.)

2) Setkal/a jste se ve své práci s drogově závislými ženami a jejich dětmi?

- Ano
- Ne

3) Jak často se setkáváte s drogově závislými ženami a jejich dětmi?

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Nesetkávám se

4) Je pro Vás těžké pracovat s drogově závislými ženami a jejich dětmi?

- Ano
- Ne

5) Co je pro Vás nejtěžší na práci s těmito ženami? (více možností)

- Komunikace
- Učení provádění běžných činností v péči o dítě
- Strach z možného přenosu infekce
- Není pro mě rozdíl v péči o drogově závislé ženy oproti zdravým ženám
- Jiné:

- 6) **Bojíte se možného přenosu infekce?**
- Pokud ano, vyberte (může být více možností):
 - Hepatitida B
 - Hepatitida C
 - HIV
 - Kapavka
 - Lues
 - Ne
- 7) **Litujete děti drogově závislých matek?**
- Ano
 - Ne
- 8) **Věříte, že se drogově závislá matka po porodu změní a k drogám se již nevrátí?**
- Spíše ano
 - Spíše ne
- 9) **Souhlasíte se svěřením péče dítěte matce, která je drogově závislá?**
- Ano
 - Ne
- 10) **Jaké kritérium je pro Vás nejzásadnější, kdy by dítě nemělo být předáno do péče matky? (možnost více odpovědí)**
- Stálé užívání návykových
 - Nezájem o dítě
 - Nedostatečné sociální zázemí
 - Agresivní chování matky (např. při abstinčních příznacích)
- 11) **Zapojujete maminku do péče o dítě stejně jako maminku zdravou? Pokud ne, uveďte proč.**
- Ano
 - Ne:
- 12) **Považujete možnosti následné péče jako dostatečné?**
- Ano
 - Ne
- 13) **Znáte nějaké možnosti následné péče pro matku a dítě? Pokud ano, uveďte jaké.**
- Ano:
 - Ne
- 14) **Myslíte si, že jako ošetřující personál jste dostatečně edukován/a o problematice péče o novorozence matky závislé na drogách?**
- Ano
 - Ne

**15) Co si myslíte, že by v péči o takového novorozence a jeho matku nejvíce pomohlo?
(možnost více odpovědí)**

- Edukační seminář
- Pomůcky pro novorozence
- Zapojení psychologa a adiktologa v péči o matku

Použité zkratky

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

THC - tetrahydrocannabinol

NAS – novorozenecký abstinenční syndrom

SSRI – antidepressiva se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu

FS – Finnegan score

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

P.O. – per os, orálně

AMP – ampule

SIDS – syndrom náhlého úmrtí kojence

FAS – fetální alkoholový syndrom

